

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 07**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes
Mellitus na UBS Ambulatório Clínicas, São Sepé/RS.**

Laritza Benitez Tellez

Pelotas-RS

2015

Laritza Benitez Tellez

Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus na UBS Ambulatório Clínicas, São Sepé/RS.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Carolina Neves Fagundes.

Pelotas-RS

2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

T274m Téllez, Laritza Benitez

Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão E/Ou Diabetes Mellitus na UBS Ambulatório Clínicas, São Sepé/Rs. / Laritza Benitez Téllez; Carolina Neves Fagundes, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

89 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Doença Crônica 4. Diabetes Mellitus 5. Hipertensão I. Fagundes, Carolina Neves, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A minha família que apesar da distancia
sempre me deu seu apoio e força
para realizar o curso.

Agradecimentos

Este Projeto é um esforço que direta ou indiretamente participaram diferentes pessoas, opinando, corrigindo, apoiando. Este trabalho permitiu-me aproveitar a experiência e competência de muitas pessoas as quais desejo agradecer-las.

Sinceros agradecimentos a minha equipe de trabalho da UBS Ambulatório Clínicas por seu apoio, motivação, critério e paciência. Tem sido um privilégio ter o apoio de vocês.

Agradeço ao pessoal da Secretaria de Saúde por seu apoio e sua atenção.

Agradeço aos meus amigos que compartilharam os bons e maus momentos nesta fase, obrigada!

E um especial agradecimento para minha orientadora Carolina Neves Fagundes por sua paciência, sua dedicação para alcançar a conclusão do Projeto, obrigada por seus critérios e sua simpatia.

A todos vós o meu maior apreço e gratidão!

Resumo

TELLEZ, Laritza Benitez. **Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus na UBS Ambulatório Clínicas, São Sepé/RS.** 89f. Trabalho De Conclusão De Curso (Curso De Especialização Em Saúde Da Família) - Departamento De Medicina Social, Faculdade De Medicina, Universidade Federal De Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são problemas de saúde pública de grande magnitude na atualidade onde sua elevada prevalência e incidência vem causando consequências na população com repercussões socioeconômicas, traduzidas em mortes prematuras, em incapacidade para o trabalho e ainda elevados custos relacionados ao controle e tratamento de suas complicações. A intervenção na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Ambulatório Clínicas do município de São Sepé, Rio Grande do Sul, foi realizada durante o período de Março até Junho e teve como objetivo melhorar a atenção à saúde da pessoa com HAS e/ou DM. Na área de abrangência da unidade de saúde existem registros de 2810 usuários com mais de 20 anos. Destes, 496 tem diagnóstico de HAS, o que representa 56% de cobertura da área de abrangência. Em relação ao DM existem 163 usuários cadastrados diagnosticados com a doença, o que representa uma cobertura de 64%. Observamos uma cobertura baixa em relação à atenção dessas doenças, evidenciando que é necessário melhorar a captação desses usuários. Desenvolvemos ações nos quatro eixos temáticos (monitoramento e avaliação gestão; organização do serviço; engajamento público e qualificação da prática clínica) a fim de melhorar a cobertura e qualidade da atenção a estes usuários. Após três meses de intervenção conseguimos cadastrar e acompanhar 178 usuários hipertensos (35,9%) e 53 usuários diabéticos (32,5%). Todos os usuários cadastrados receberam orientações em relação à adoção de alimentação saudável, prática de atividade física, riscos do tabagismo e importância da higiene bucal e quase a totalidade tiveram exames clínicos e laboratoriais em dia de acordo com o protocolo, tiveram avaliação do risco para doença cardiovascular e prescrição de medicamentos prioritariamente da Farmácia Popular/Hiperdia. Todos os registros estão sendo atualizados e monitorados regularmente. A intervenção desenvolvida representa qualificação da atenção aos usuários com HAS e/ou DM e esta intervenção está incorporada na rotina do processo de trabalho da equipe.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico de Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Ambulatório Clínica São Sepé	54
Figura 2	Gráfico de Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Ambulatório Clínica.	55
Figura 3	Gráfico de Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo o protocolo na UBS Ambulatório Clínica.	57
Figura 4	Gráfico de Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo o protocolo na UBS Ambulatório Clínica.	57
Figura 5	Gráfico de Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	58
Figura 6	Gráfico de Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	59
Figura 7	Gráfico de Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	60
Figura 8	Gráfico de Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	61
Figura 9	Gráfico de Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	63
Figura 10	Gráfico de Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	64
Figura 11	Gráfico de Proporção de hiperetensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clinica em dia.	65
Figura 12	Gráfico de Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clinica em dia.	66
Figura 01	Gráfico de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Ambulatório Clínicas, São Sepé, RS	74
Figura 02	Gráfico de cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Ambulatório Clínicas, São Sepé, RS.	74

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SUS	Sistema único de saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	09
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	17
2 Análise Estratégica	17
2.1 Justificativa	17
2.2 Objetivos e metas	19
2.2.1 Objetivo geral	19
2.2.2 Objetivos específicos e metas	19
2.3 Metodologia	22
2.3.1 Detalhamento das ações	22
2.3.2 Indicadores	41
2.3.3 Logística	48
2.3.4 Cronograma.....	51
3 Relatório da Intervenção.....	52
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	52
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	54
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	54
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	54
4 Avaliação da intervenção.....	55
4.1 Resultados.....	55
4.2 Discussão	71
5 Relatório da intervenção para gestores	75
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	78
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	80
Referências	81
Apêndices.....	82
Anexos	85

Apresentação

Este volume trata do trabalho de conclusão de curso da Especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD, da Universidade Federal de Pelotas. Realizou-se um projeto de intervenção na Unidade Básica de Saúde (UBS) Ambulatório Clínicas, do município de São Sepé, Estado Rio Grande do Sul que teve como objetivo geral melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, na UBS Ambulatório Clínicas, São Sepé/RS.

O trabalho está dividido em sete seções. Na primeira seção será apresentada a análise situacional onde foi realizada uma análise minuciosa da situação da UBS Ambulatório Clínicas. Na segunda seção é apresentada a análise estratégica e o projeto de intervenção desenvolvido durante a segunda unidade de curso onde é abordada a justificativa para a realização da intervenção, os objetivos e metas, a metodologia, as ações, indicadores, logística e cronograma de execução do projeto de intervenção.

Na terceira seção, encontra-se o relatório da intervenção desenvolvido durante 12 semanas, na unidade 3 do curso. Na quarta seção será contemplada a avaliação da intervenção, na qual serão apresentados os resultados e a discussão. A quinta e sexta seções são o relatório aos gestores e o relatório para a comunidade. Na sétima seção realizou-se uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Por último, será apresentada a bibliografia utilizada e os anexos e apêndices que foram utilizados durante a intervenção.

1 Análise situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Ambulatório Clinicas, localizada no município de São Sepé/RS, foi inaugurada no ano 1980 e fica situada na Rua Cicero Brenner, nº 788, o fator que motivou a construção foi à necessidade de atender a população de imediato já que antes de sua construção as pessoas eram atendidas no Hospital Santo Antônio.

A UBS é uma UBS tradicional que atende os bairros Tatsch, Parte do Centro, São Cristóvão, Bairro Flores e Bairro Isolada, Rua 7 de Setembro, Riachuelo, Lauro Vulcão, Júlio Vargas, Francisco Antônio de Vargas, com total de 3960 habitantes na área de abrangência, atendemos a 6 micro áreas com cerca de 700 pessoas para cada Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Temos 3 consultórios médicos, sala de espera, recepção, cozinha, 5 banheiros, sala de curativos, sala de triagem, sala de reuniões, sala de eletrocardiograma, sala de medicação e nebulização, 2 salas de enfermagem, aqui realizamos consultas de enfermagem, curativos, exame cito patológico, eletrocardiograma e colposcopia. Temos dificuldades quanto à existência de barreiras arquitetônicas uma vez que não existem corrimãos nos corredores para auxiliar o acesso de usuários com deficiências, não contamos com sala para farmácia e/ou armazenamento de medicamentos, às vezes não temos medicamentos suficientes para o atendimento de toda a população, não existe tampouco equipe de sutura médica, nem sala de vacinas e não temos uma equipe de odontologia na unidade.

Os profissionais envolvidos neste trabalho são três médicos gerais, dois ginecologistas/obstetra, um cardiologista, dois enfermeiros, quatro técnicas de enfermagem, dois auxiliares de serviço geral, cinco secretárias, um telefonista e dois ACS os quais não dão conta da grande demanda da área da UBS. Dentro da comunidade contamos com entidades como: Igreja Luterana, Católica, Testemunha de Jeová, Universal, escolas municipais, escolas estaduais, bancos, asilo, etc.

Na UBS não temos registros adequados e fidedignos sobre o número de

idosos, crianças e pessoas com hipertensão e/ou diabetes o que impede o adequado seguimento dessa população. Contamos com o Programa de Saúde da Mulher, realizam-se consultas de Ginecologia, Obstetrícia e Cardiologia, temos duas equipes de saúde, trabalhamos com três médicos gerais no turno da manhã e da tarde e as doenças mais frequentes são as crônicas não transmissíveis devido ao elevado número de pacientes idosos. As condições de moradia da comunidade são em sua maioria boas, mas há condições precárias como casas de material reaproveitado. As casas contam com serviços de coleta de lixo realizado diariamente, energia elétrica em todas as áreas e água.

Contamos com uma equipe de trabalho com muitos desejos de fazer uma Atenção Primária de Saúde (APS) com qualidade, com disposição para que o povo de nosso município de São Sepé receba a atenção qualificada que merece.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de São Sepé/RS apresenta uma população de 23.798 habitantes segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano de 2010. O município conta com três Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, com quatro Estratégias de Saúde da Família (ESF), uma equipe de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). O município conta com atenção médica especializada por dois Ginecobstetra, um Cardiologista, dois Psiquiatra e um Pediatra. Existe um hospital de referência, hospital “Santo Antônio” e serviço de SAMU. A cidade conta com serviço de Centro de Atenção Psicossocial- CAPS I, CAPS AD, serviço de Fisioterapia e exames complementares, mas são insuficientes para a demanda da população, são realizados encaminhamentos para especialidades de referências da região.

A UBS Ambulatório Clínicas é uma UBS mista, localizada na área urbana do município. Esta UBS foi inaugurada no ano 1980 e fica situada na Rua Cicero Brenner nº 788. Apesar de ser uma UBS urbana, atende pessoas da área rural também, dando atendimento aos bairros Tatsch, Parte do Centro, São Cristóvão, Bairro Flores e Bairro Isolada, Rua sete de Setembro, Riachuelo, Lauro Bulcao, Júlio Vargas, Francisco Antônio de Vargas, existe um

vínculo total com o sistema único de saúde (SUS). A equipe de saúde da UBS é composta por dois médicos gerais, um ginecologistas/obstetra, um cardiologista, duas enfermeiras, quatro técnicas de enfermagem, dois auxiliares de serviço geral, cinco secretárias, uma telefonista e dois agentes comunitários de saúde (ACS).

Em relação à estrutura física, a UBS tem três consultórios médicos, sala de espera, recepção, cozinha, cinco banheiros, sala de curativos, sala de triagem, sala de reunião, sala de eletrocardiograma, sala de medicação e nebulização, duas salas de enfermagem, sala de curativos, realizamos exame cito patológico, eletrocardiograma e colposcopia. De maneira geral, a UBS tem boa estrutura física, mas temos dificuldades quanto à existência de barreiras arquitetônicas uma vez que não existem corrimãos nos corredores para auxiliar o acesso de usuários com deficiências, não contamos com sala para farmácia e/ou armazenamento de medicamentos, às vezes não temos medicamentos suficientes para o atendimento de toda a população, não existe tampouco equipe de sutura médica, nem sala de vacinas e não temos uma equipe de odontologia na unidade.

A equipe realiza algumas estratégias a fim de minimizar estas deficiências como, por exemplo, o uso de cadeiras de rodas em nosso serviço para melhor facilitar a locomoção dos pacientes com deficiências, fazemos estoque de medicamentos para poder enfrentar alguma urgência que se apresente, faz-se constantemente contato com a gestão local e com a Secretaria de Saúde solicitando a resolução das problemáticas enfrentadas, como não contamos com equipe de odontologia os profissionais da UBS realizam atividades de promoção em saúde bucal a fim de orientar a população sobre a importância da higiene bucal adequada.

Quanto às atribuições da equipe podemos dizer que nossa equipe de saúde trabalha muito para mudar as deficiências que temos, atendemos a população com carinho, sensibilidade, acolhimento, mas ainda não realizamos cuidado domiciliar impossibilitando seguimentos de pacientes acamados que não podem deslocar-se até a unidade para a consulta médica. A equipe é bastante envolvida e unida sempre buscam estratégias que poderão ser utilizadas para superar ou minimizar as deficiências que vão surgindo.

A UBS tem uma população de 3960 habitantes residentes na área de

abrangência, não temos registros sobre o perfil demográfico (idade/sexo) desta população. A unidade tem tamanho adequado para o número de pessoas que pertencem à área de atendimento. Dentre as alternativas para ampliar o cumprimento das atribuições da equipe de trabalho acredito que é importante a equipe de saúde avaliar em conjunto com o gestor local a possibilidade de uma programação de visitas domiciliares o que permitirá o seguimento de pacientes acamados ampliando o atendimento a maior parte da população, precisamos estudar as condições de vida da população que influenciam diretamente na saúde das pessoas, pesquisar o total da população por grupo etário para ter um dado real, aumentar a participação dos agentes de saúde no trabalho. Estas estratégias precisam ser planejadas entre os membros da equipe.

Não temos muitas dificuldades com a demanda espontânea dos usuários para atendimento de problemas de saúde agudos, contamos com uma equipe de trabalho que possibilita o atendimento aos pacientes que precisem desse atendimento no dia, não contamos com excesso de demanda para consultas com enfermeiras, mas temos excesso de demanda para consulta com médico.

Em relação à saúde da criança temos muitas dificuldades, não contamos com registro do total de crianças que pertencem à área de abrangência, não realizamos atendimento de puericultura, só realizamos atendimento de medicina geral para problemas de saúde agudos, esta situação provoca um mau seguimento das crianças. No entanto, segundo o caderno de ações programáticas (CAP) temos um total de 48 menores de 1 ano, 96 menores de 5 anos e 587 crianças de 5 a 14 anos. As atividades de promoção e prevenção e puericultura são feitas na consulta médica onde é feito o monitoramento do desenvolvimento da criança, são dadas orientações sobre a importância de assistir as consultas em tempo, à importância da vacinação para a prevenção de doenças, orientações sobre higiene bucal, orientação para prevenção de acidentes, mas não realizamos triagem auditiva e não temos atividades coletivas nas comunidades, escolas e bairros para esta população.

Todas estas dificuldades mencionadas afetam diretamente a população, onde as crianças não tem o seguimento adequado como estabelece os protocolos de saúde, elas têm que procurar consultas de puericulturas com a pediatra do município, provocando uma sobrecarga de

trabalho para ela. Para melhorar estas deficiências é necessária a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em nossa unidade, o que iria garantir o seguimento adequado da população infantil.

Na UBS Ambulatório Clínicas temos um ginecologista que realiza atendimento pré-natal duas vezes na semana no turno da manhã, ele realiza atendimento pré-natal para as gestantes da área do ambulatório e também de fora da área de cobertura do ambulatório, após a consulta de pré-natal, a gestante sai da unidade com a próxima consulta programada agendada o que permite um melhor seguimento da gestante. Uma dificuldade que enfrentamos é que não contamos com protocolo de atendimento ao pré-natal na unidade, também não se realiza tratamento de problemas de saúde bucal porque não temos consulta de odontologia na unidade.

Nossa unidade conta com os registros de todas as grávidas de nossa área de abrangência, temos um total de 30 gestantes, o que representa 51% de cobertura do programa, assim como as que são de outra área, mas realizam seguimento aqui, temos uma técnica de enfermagem encarregada por monitorar e atualizar estes registros a qual tem um bom controle das gestantes. Na unidade funciona o grupo de gestantes uma vez por mês onde se realizam atividades de educação e participam todos os membros da equipe da unidade. Em relação ao puerpério, temos 36 mulheres que fizeram consulta de puerpério na unidade nos últimos 12 meses, o que representa um percentual de cobertura de 75%. Além disso, todas estas mulheres (100%) consultaram antes dos 42 dias após o parto, tiveram sua consulta puerperal registrada, receberam orientações sobre os cuidados básicos com o recém-nascido, aleitamento materno exclusivo e planejamento familiar e tiveram suas mamas e abdome examinados.

No Programa de Saúde da Mulher da unidade desenvolvido pela enfermeira e ginecologista da UBS temos 1228 mulheres em idade fértil de 10-49 anos, 1091 entre 25 a 64 e 409 entre 50-69 anos. São realizadas ações de educação em saúde para mulher ressaltando a importância da realização periódica do exame preventivo do câncer do útero e mama. Realizamos prevenção do câncer do colo uterino através da coleta de exame cito patológico, também investigamos os fatores de riscos para estas doenças. Segundo dados do CAP, 100% das mulheres (1091) residentes na área estão

sendo acompanhadas na UBS para prevenção do câncer de colo de útero, sendo que destas, 900 delas (82%) estão com o exame citopatológico em dia e 100% delas receberam avaliação de risco, orientação sobre prevenção do câncer de colo de útero e orientações sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs). Em relação ao câncer de mama, temos 409 mulheres residentes na área e acompanhadas na UBS para câncer de mama (100%). Destas mulheres, 250 (61%) estão com a mamografia em dia e 100% receberam avaliação de risco para câncer de mama e orientação sobre prevenção desta doença.

Temos muitas deficiências, não contamos com protocolo de prevenção do câncer de colo ou de mama, não contamos com um controle das mulheres na faixa etária para realizar os exames, tampouco temos um total de mulheres em idade fértil da área de abrangência, bem como as mulheres que precisam de atenção por alguma especialidade esperam muito tempo por isto. No entanto, damos acolhimento e acompanhamento a todas as mulheres com exame preventivo positivo, os casos positivos ou suspeitos são encaminhados para consulta de mastologia, a equipe realiza atividades de educação e promoção para saúde da mulher.

Não contamos com um registro fidedigno de usuários diabéticos e hipertensos por sexo e faixa etária no programa de hiperdia. Os dados que temos mostram que existem na UBS 496 pacientes com hipertensão o que representa 56% de cobertura e 163 diabéticos representando 64% de cobertura, porém, estes dados estão desatualizados e com dados faltantes o que não nos dá uma estimativa precisa destes percentuais. A demanda de pessoas com hipertensão e diabetes que procuram os serviços da UBS é sempre crescente e necessitam de uma educação continuada para mudanças na qualidade de vida dessas pessoas. Em nossa unidade existe um agendamento aberto aos pacientes portadores das doenças crônicas feito diariamente a livre demanda para a população que pertence área adstrita da unidade. Temos o grupo de hiperdia da unidade onde se realiza acompanhamento, avaliação e orientações aos portadores dessas doenças. Ainda temos muitas deficiências, precisamos fazer um levantamento real do número de pacientes com HAS e/ou DM por faixa etária da área, incentivar o trabalho dos ACS para orientar as pessoas quanto à necessidade de mudanças

no estilo de vida e quanto aos hábitos de vida saudáveis.

Quanto à saúde dos idosos podemos falar que em nossa unidade não há um dado certo e fidedigno sobre o número de pacientes com idade de 60 anos ou mais residentes em nossa área, temos um aproximado de 1200 pacientes cadastrados, sendo os dados coletados de forma geral, porém, nota-se que a demanda da unidade é voltada em sua maioria para pessoas desta faixa etária, não temos um registro destes pacientes. Existe um agendamento feito diariamente a livre demanda para a população que pertence à área de abrangência da unidade, mas estes dados não são fidedignos uma vez que não são monitorados. As atividades de educação para a saúde, de promoção e prevenção são feitas nas consultas de medicina geral, não contamos com atividades de educação em saúde específicas para esta população. Todas estas dificuldades mencionadas afetam diretamente a população, onde os pacientes idosos não tem o seguimento adequado como estabelece os protocolos de saúde, temos que aumentar as atividades de educação para a saúde incentivando neste grupo etário as mudanças no modo de vida.

Na unidade de saúde não contamos com equipe de odontologia, as atividades de promoção à saúde para todos os pacientes são feitas nas consultas médicas, de enfermagem e nas visitas domiciliares, os pacientes que precisam de atendimento especializado são encaminhados para o Centro Odontológico. Dessa forma, não foi possível preencher os dados do CAP.

Finalizando, considero que a UBS Ambulatório clínicas tem grandes recursos, de forma geral uma boa estrutura, uma equipe de trabalho unida e dedicada, mas ainda têm grandes desafios como fazer registros e monitoramento fidedignos e atualizados da população da área, distribuição por sexo e faixa etária para melhor monitoramento, precisamos melhor organizar o funcionamento de todos os grupos como, puericultura, idosos, pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. A implantação de consulta de odontologia permitiria um atendimento completo ao paciente, temos muito que ampliar e qualificar em termos de cobertura e qualidade do atendimento, mais as atividades de promoção, avaliação de necessidade do atendimento são feitas nas consultas médicas, de enfermagem, visitas domiciliares, encaminhando para o centro odontológico aqueles pacientes que precisam de tratamento especializado.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.

No texto inicial identificamos algumas deficiências na UBS em sua forma estrutural que afetam diretamente à população. Não contamos com sala para farmácia e/ou armazenamento de medicamentos, não temos registros adequados, atualizados e fidedignos para muitas das ações programáticas e nem monitoramento das ações. Além disso, temos número insuficiente de ACS e não temos equipe de odontologia. Agora, ao finalizar a análise situacional, podemos observar que as condições de trabalho em relação à estrutura da unidade continuam sem solução do ponto estrutural, ainda apresentamos as mesmas dificuldades. No entanto, a organização do trabalho pela equipe melhorou muito, no decorrer do curso a equipe foi ampliando os embasamentos teóricos através de leitura de textos, discussão sobre os protocolos do Ministério da Saúde, questões reflexivas e preenchimento dos cadernos de atenção programáticas que ajudaram a ter uma visão ampla dos indicadores de cobertura e qualidade na UBS.

Começamos a utilizar as fichas espelho que não existiam na unidade, implementamos os atendimentos e reorganizamos a agenda o que garante uma melhor organização do serviço ajudando no acolhimento da população. Além disso, a equipe da unidade está muito mais unida e empenhada em ampliar a qualidade do atendimento para todas as ações programáticas.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Inúmeros países, nos últimos anos, têm reconhecido a Hipertensão Arterial (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) como problemas de saúde pública de grande magnitude na atualidade. A importância destas doenças vem crescendo em razão de sua elevada prevalência e incidência, com consequentes repercussões socioeconômicas, traduzidas em mortes prematuras, em incapacidade para o trabalho e ainda pelos custos relacionados ao controle e tratamento de suas complicações (SBC, 2010). A HAS é uma condição clínica

que se associa a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e também a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SBC, 2010). No Brasil alguns estudos de prevalência mostram prevalências de HAS, variando de 22% a 44% (FREITAS et al., 2001). O DM é considerado atualmente um grave problema de saúde pública. Estimativas da Sociedade Brasileira de Diabetes mostram uma epidemia mundial onde para o ano de 2030 a estimativa é de que mais de 300 milhões de pessoas adultas em todo o mundo desenvolverão a doença, representando em torno de 10% da população mundial (SBD, 2009).

A UBS Ambulatório Clínicas é uma UBS mista, localizada na área urbana do município, mas que atende pessoas da área rural também. Existe um vínculo total com o sistema único de saúde (SUS), a equipe de saúde da UBS é composta por dois médicos gerais, um ginecologistas/obstetra, um cardiologista, duas enfermeiras, quatro técnicas de enfermagem, dois auxiliares de serviço geral, cinco secretárias, uma telefonista e dois agentes comunitários de saúde (ACS). Em relação à estrutura física, a UBS tem três consultórios médicos, sala de espera, recepção, cozinha, cinco banheiros, sala de curativos, sala de triagem, sala de reunião, sala de eletrocardiograma, sala de medicação e nebulização, duas salas de enfermagem, sala de curativos, realizamos exame cito patológico, eletrocardiograma e colposcopia.

Diante da magnitude de HAS e DM é que o presente projeto de intervenção tem como objetivo promover a melhoria na atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais da área de abrangência da UBS Ambulatório Clínicas do município São Sepé/RS. A população alvo são todos os usuários hipertensos e diabéticos da área adstrita. A UBS Ambulatório Clínicas conta com uma população de 3960 habitantes, com atendimento diário da população adstrita, dessa população, 2810 tem 20 anos ou mais de idade. Os registros que temos na unidade mostram um percentual de cobertura dos pacientes hipertensos com 20 anos ou mais na unidade de 56% e um percentual de cobertura de pacientes diabéticos com 20 anos ou mais na unidade de 64%. No entanto, cabe destacar que estes dados estão desatualizados e não são fidedignos. Dessa forma, vamos iniciar a intervenção proposta partindo do zero (0%).

Em relação às dificuldades, apresentamos alguns indicadores de qualidade muitos baixos como: estratificação de risco cardiovascular realizado em apenas 30% dos pacientes hipertensos e 49% dos pacientes diabéticos, avaliação de saúde bucal em dia em 58% dos pacientes hipertensos cadastrados e 18% dos pacientes diabéticos. Quanto à realização de exames complementares, apenas 49% dos pacientes diabéticos estão com os exames em dia, estes dados mostram que temos que aumentar as atividades de promoção e prevenção em saúde.

Considerando esses dados, ressalta-se que a intervenção a ser realizada é muito importante porque pretende ampliar a cobertura de pacientes portadores de HAS e de DM, melhorar a qualidade da atenção a essa população buscando um maior controle das doenças, um diagnóstico precoce a fim de reduzir a morbidade e mortalidade e garantir mudanças no modo e estilo de vida. Ainda temos limitações como o número insuficiente de agentes comunitários, não contamos com equipe de odontologia na unidade, mas toda a equipe vai trabalhar unidade de forma a superar as dificuldades.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus na UBS Ambulatório Clínicas, São Sepé/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar 70% das pessoas com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 80% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da

unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a saúde das pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes.

Meta 2.1: Realizar exames clínicos periódicos a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2: Realizar exames clínicos periódicos a 100% das pessoas com Diabetes.

Meta 2.3: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% das pessoas com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de pessoas com HAS e/ou DM.

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear pessoas com hipertensão e/ou diabetes de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de três meses (12 semanas) de Março de 2015 até Junho de 2015, na Unidade Básica de Saúde (UBS) Ambulatório Clínicas no município de São Sepé, Rio Grande do Sul. Participarão da intervenção pessoas maiores de 20 anos com hipertensão e/ou diabetes residentes na área de abrangência da unidade. O cadastro será realizado de acordo com os registros existentes na UBS de forma a atualizar os dados já existentes e por meio das fichas espelhos fornecidas pelo curso. Será adotado como protocolo os Cadernos de Atenção Básica nº 37 do Ministério da Saúde (Brasília, 2013) e os Cadernos de Atenção Básica de Diabetes Mellitus nº 36 (Brasília, 2013).

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar 70% das pessoas com hipertensão e 80% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações

Ação monitoramento e avaliação

-Fazer um monitoramento do total das pessoas com hipertensão e diabetes

cadastradas em nossa unidade.

Detalhamento: Para organizar o registro específico do programa, a equipe de enfermagem do programa de hiperdia revisará a planilha eletrônica de registro identificando todos os pacientes cadastrados, os pacientes com estas doenças crônicas terão prioridade no atendimento e serão encaminhados para avaliação de enfermagem, depois para consulta médica. Após a consulta o paciente é encaminhado para registro de cadastro e ou acompanhamento no programa de Hiperdia, onde é feito acolhimento, orientações gerais, encaminhamento e agendamento de retorno, as consultas médicas serão diárias.

Ação Organização e gestão do serviço:

-Garantir junto a gestores a disponibilização de recursos materiais necessários para intervenção (tomada de medida de pressão arterial e hemoglicoteste).

Detalhamento: Será feita uma reunião com o gestor onde será apresentado o projeto de intervenção, o tema, objetivos do mesmo, a importância para a comunidade e também para definir as necessidades de recursos para sua elaboração solicitando apoio, a responsável por esta atividade será a médica da unidade.

-Garantir o registro das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas no Programa.

Detalhamento: A enfermeira do programa hiperdia vai garantir o cadastro, registro dos pacientes com estas doenças, revisará a planilha eletrônica de registro identificando todos os pacientes cadastrados. Os agentes comunitários nas visitas domiciliares identificarão pacientes hipertensos e diabéticos não cadastrados fazendo um encaminhamento para nossa unidade onde se realizarão o acolhimento e cadastro.

-Melhorar o acolhimento para as pessoas com HAS.

Detalhamento: O acolhimento começa na recepção onde o paciente é identificado em sua condição clínica de saúde (HAS-DM) depois é

encaminhado para avaliação de enfermagem para triagem, depois para avaliação clínica médica e consulta. Após a consulta o paciente é encaminhado para registro de cadastro e ou acompanhamento no programa de Hiperdia, para acolher a demanda temos 24 consultas médicas diárias, destas, seis são agendadas, sendo que três específicas para pessoas cadastradas no programa hiperdia. A responsável por esta atividade é a enfermeira da unidade.

Ação Engajamento público:

-Informar á população sobre o funcionamento do grupo de hiperdia que funciona em nossa unidade.

Detalhamento: Vamos colocar anúncios na unidade, orientações para os agentes comunitários na comunidade sobre o funcionamento do grupo e difundir na rádio do município o funcionamento do grupo em nossa unidade assim como o dia em que funciona. A responsável por esta atividade será a enfermeira do grupo de hiperdia.

-Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento: Vamos orientar as pessoas nas consultas médica e de enfermagem e oferecer orientações por meio dos agentes comunitários na comunidade. Os responsáveis por esta atividade serão todos os membros da equipe.

-Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Vamos orientar as pessoas nas consultas médica e de enfermagem e oferecer orientações por meio dos agentes comunitários na comunidade. Os responsáveis por esta atividade serão todos os membros da equipe.

-Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Através das consultas médica, de enfermagem, visitas domiciliares feitas pelos ACS, palestras, encontros com os pacientes portadores destas doenças e também no grupo de hiperdia. Os responsáveis por esta atividade serão todos os membros da equipe.

Ação qualificação da prática clínica:

- Capacitação dos agentes comunitários para o cadastramento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Vamos fazer reunião com os agentes comunitários e a equipe de enfermagem onde explicaremos o projeto de intervenção, no que consistem, seus objetivos, e então capacitaremos a equipe quanto ao manejo do protocolo de hipertensão e diabetes para facilitar o cadastramento dos pacientes com estas doenças. A responsável por esta atividade será a enfermeira do grupo de hiperdia.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa.

Detalhamento: Na reunião de equipe a enfermeira vai fazer a capacitação sobre a tomada de pressão arterial aos grupos de risco.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg.

Detalhamento: Na reunião de equipe a enfermeira vai fazer capacitação sobre a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.1: Realizar exames clínicos periódicos a 100% das pessoas com hipertensão e Diabetes.

Ação Monitoramento e avaliação:

-Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com HAS e/ou DM.

Detalhamento: A enfermeira da unidade vai desenvolver monitoramento das pessoas portadoras de hipertensão e diabetes através de agendamento de consultas, visitas domiciliares dos agentes comunitários e captação de demanda espontânea a quem procura a UBS.

Ação Organização e Gestão do Serviço:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Na reunião com a equipe de trabalho ficará definido o papel de cada membro na ação programática. A enfermeira ou técnica de enfermagem realizarão a triagem dos pacientes que logo serão encaminhados para a consulta clinicam, os ACS ficarão responsáveis pela divulgação do projeto, busca ativa dos pacientes e visitas domiciliares, a médica fará as consultas e o cadastro na ficha espelho e planilha de dados.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: A médica da unidade vai discutir com a equipe em reunião para definir no encontro com a equipe de trabalho a possibilidade de fazer um encontro semanal onde se analisará o desenvolvimento do projeto e também aproveitar o encontro para fazer atualizações dos profissionais.

-Disponer de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde

Detalhamento: Contamos em nossa unidade com instrumentos para obter os protocolos impressos de Hipertensão e Diabetes, só temos que fazer uma discussão dos mesmos com a equipe de trabalho, quem promoverá esta discussão será a médica da unidade.

Ação Engajamento público:

-Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de

extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Vamos orientar nas consultas médica, de enfermagem e nas visitas domiciliares feitas pelos ACS, vamos também fazer encontros com os pacientes portadores destas doenças no grupo de hiperdia que funciona em nossa unidade e orientar através de meios de difusão como a rádio do município. Os responsáveis por esta atividade serão todos os membros da equipe.

Ação Qualificação da prática clínica:

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado nas pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Na reunião com a equipe o médico vai fazer uma capacitação sobre o manejo dos protocolos relacionados ao exame clínico dos pacientes com estas doenças.

Meta 2.2: Realizar avaliação de necessidade de atendimento odontológico a 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Ação Monitoramento e avaliação:

-Monitorar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Vamos fazer monitoramento por meio das fichas de acompanhamento, ficha espelho e planilha de coleta de dados sobre os pacientes que necessitam de atendimento odontológico, isto será feito pela enfermeira.

Ação Organização e Gestão do Serviço:

-Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com HAS e/ou DM.

Detalhamento: Vamos fazer avaliação nas consultas médica, de enfermagem e dar uma capacitação aos agentes comunitários para que façam avaliação da necessidade odontológica nas visitas domiciliares. Quem promoverá esta

capacitação será a médica da unidade com a ajuda da enfermeira.

Ação Engajamento público:

-Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Vamos orientar a comunidade nas visitas domiciliares pelos agentes comunitários, nos encontros com a população onde será abordada a importância de realizar avaliação da saúde bucal, no grupo de hiperdia conversando sobre o tema com os pacientes hipertensos e diabéticos e nas consultas médica e de enfermagem.

Ação Qualificação da prática clínica:

-Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com HAS e/ou DM.

Detalhamento: Na reunião de equipe vamos fazer capacitação para avaliar a necessidade de atendimento odontológico, vamos convidar um profissional da área de odontologia para participar da reunião.

Meta 2.3: Prescrição de medicamentos da Farmácia Popular necessários para o cumprimento do tratamento a 100% das pessoas com HAS e 100% das pessoas com DM.

Ação Monitoramento e avaliação:

-Monitorar o acesso das pessoas com hipertensão e/ou diabetes aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Vamos organizar uma retroalimentação com a farmácia popular do consumo de medicamentos dos pacientes hipertensos e diabéticos, realizar visitas periódicas á farmácia popular/hiperdia. A responsável por esta atividade será a enfermeira do grupo de hiperdia.

Ação Organização e Gestão do Serviço:

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com HAS e/ou DM cadastradas na unidade de saúde.

Detalhamento: A médica da unidade com a ajuda da enfermeira irá organizar visitas periódicas à farmácia, fazer ligações telefônicas e terão nas consultas médicas e de enfermagem a lista atualizada da existência de medicamentos que consomem estes pacientes com hipertensão e diabetes. Na ficha de acompanhamento e a ficha espelho manteremos atualizado o tratamento do paciente.

Ação Engajamento público:

-Orientar as pessoas com HAS e/ou DM e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Vamos orientar os usuários na consulta médica, de enfermagem, no grupo de hiperdia, assim como nas visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários, responsável da atividade a enfermagem do grupo de hiperdia. Os responsáveis por esta atividade serão todos os membros da equipe.

Ação Qualificação da prática clínica:

-Realizar atualização do profissional no tratamento das pessoas com hipertensão e diabetes. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento: Nos encontros com a equipe vamos fazer capacitação dos profissionais no tratamento destas doenças para os protocolos de seguimento, também faremos a capacitação de toda equipe sobre as alternativas para os pacientes de obter os medicamentos da farmácia popular e a dinâmica existente na troca das receitas que é feita de seis em seis meses. Estas alternativas serão discutidas em conjunto com a participação de todos os membros da equipe. A responsável por esta atividade será a enfermeira e médica da unidade.

Meta 2.4: Garantir a 100% das pessoas com diabetes e a 100% das pessoas com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Ação Monitoramento e avaliação:

-Monitorar o número de pessoas hipertensas e diabéticas com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: Vamos fazer o monitoramento pelas fichas de acompanhamento, ficha espelho, nas consultas médicas, de enfermagem e no grupo de hiperdia.

Ação Organização e Gestão do Serviço:

-Garantir a solicitação dos exames complementares a todas as pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Detalhamento: Temos 24 consultas médicas diária, destas, seis serão agendadas, sendo que três específicas para pessoas cadastradas no programa hiperdia onde se solicitarão os exames complementares, porém, o paciente tem a livre demanda para retornar a UBS caso necessite de consulta por algum processo agudo, também temos o grupo de hiperdia que é um espaço aberto realizado nas terças feiras à tarde para orientações, encaminhamentos e atendimento, responsável pela atividade será a enfermeira do grupo de hiperdia.

Ação Engajamento público:

-Orientar a comunidade em geral quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: Nas consultas médica, enfermagem e visita domiciliar feita pelos ACS, nas palestras e encontros com os usuários vamos dar orientações em geral quanto a necessidade da realização dos exames. Os responsáveis por esta atividade serão todos os membros da equipe.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem

ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Nas consultas médica, de enfermagem, visitas domiciliares feitas pelos ACS, palestras, encontro com os pacientes portadores destas doenças, no grupo de hiperdia que funciona em nossa unidade vamos orientar os pacientes sobre a periodicidade das consultas e a periodicidade dos exames clínicos. Os responsáveis por esta atividade serão todos os membros da equipe.

Ação Qualificação da prática clínica:

-Capacitar a equipe sobre seguimento do protocolo para solicitação de exames complementares em pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Na reunião de equipe a médica da unidade promoverá uma capacitação sobre o seguimento das pessoas hipertensas e/ou diabéticas para utilização do protocolo de atendimento, analisando a solicitação de exames complementares.

Objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas com HAS e DM ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas hipertensas e 100% das pessoas diabéticas que não comparecem a consulta médica (pacientes faltosos).

Ação Monitoramento e avaliação:

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: A enfermeira do grupo de hiperdia fará monitoramento nas fichas espelhos e de acompanhamento de cada usuário no retorno de 6 meses ou cada vez que frequente a unidade.

Ação Organização e Gestão do Serviço:

-Fazer visitas domiciliares localizando os usuários com hipertensão e/ou diabetes faltosos a consulta.

Detalhamento: Os agentes comunitários de saúde farão as visitas domiciliares onde procurarão os usuários faltosos às consultas detectados no monitoramento das fichas.

-Organizar a agenda para acolher as pessoas com hipertensão e/ou diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: A médica da unidade vai ajudar a enfermeira a organizar os agendamentos de consultas para incluir os usuários faltosos encontrados nas visitas domiciliares.

Ação Engajamento público:

-Informar a população a importância de assistir a consulta em tempo.

Detalhamento: Vamos levar informação à população nas consultas médica, consultas de enfermagem e visitas domiciliares feitas pelos agentes comunitários sobre o retorno à unidade, apoiando-se sempre nas fichas dos pacientes onde fica registrada a data da próxima consulta. Os responsáveis por esta atividade serão todos os membros da equipe.

-Esclarecer para as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Vamos informar aos usuários hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a periodicidade das consultas descritas nos protocolos de atendimento o que será feito nas consultas médicas e de enfermagem onde os pacientes sairão conhecendo quando corresponde o retorno à unidade, nas visitas domiciliares onde os agentes comunitários já tem a data da próxima consulta, e a importância de cumprir com o cronograma das mesmas. A médica ficará responsável por informar os usuários sobre a periodicidade das consultas.

Ação Qualificação da prática clínica:

-Capacitação dos ACS para realização de busca ativa dos usuários hipertensos e diabéticos faltosos.

Detalhamento: A médica da unidade com a ajuda da enfermeira vai promover

a capacitação dos ACS na reunião semanal de equipe.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento em 100% das pessoas com hipertensão e 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Ação Monitoramento e avaliação:

-Monitorar a qualidade dos registros das pessoas com hipertensão e/ou diabetes acompanhadas na unidade de saúde.

Detalhamento: A enfermeira do programa de hiperdia vai monitorar a qualidade dos registros, garantindo que todos os dados nas fichas de atendimento, consultas medica, de enfermagem, de grupos de saúde, de cadastros e acompanhamento no programa de hiperdia sejam preenchidos, isto será feito semanalmente.

Ação Organização e Gestão do Serviço:

-Definir responsável pelo monitoramento e avaliação dos registros

Detalhamento: Será designado na reunião de equipe a equipe de enfermagem do programa de hiperdia como responsável pelo monitoramento dos registros.

-Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Foi definida a utilização da ficha espelho e da planilha de coletas de dados como registro das informações em reunião de equipe promovida pela médica da unidade.

-Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença, responsável da atividade a enfermagem do grupo de hiperdia.

Detalhamento: A enfermeira acomodará as fichas espelho por data de consulta de 6 em 6 meses o que permitirá identificar o atraso dos usuários a consulta, responsável da atividade a enfermagem do grupo de hiperdia.

-Fazer a carteira de identidade do programa de hiperdia.

Detalhamento: A enfermeira do grupo de hiperdia fará a carteira de identidade do programa para todos os cadastrados e para os acompanhados no momento em que precisarem trocar.

Ação Engajamento público:

-Orientar nas visitas domiciliares os usuários hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre os direitos em relação à manutenção e atualização de seus registros de saúde.

Detalhamento: A médica da unidade e a enfermeira vai orientar os usuários na consulta médica, de enfermagem, no grupo de hiperdia, assim como nas visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários.

Ação Qualificação da prática clínica:

- Capacitar à equipe de trabalho no preenchimento de dados necessários no registro das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Na reunião da equipe vamos promover a capacitação das técnicas de enfermagem, agentes comunitários e resto da equipe sobre o preenchimento dos dados necessários, a médica na unidade ficará responsável por esta capacitação.

Objetivo 5: Mapear as pessoas com hipertensão e/ou diabetes de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão e 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Ação Monitoramento e avaliação:

- Fazer avaliação do número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com realização da estratificação de risco no ano.

Detalhamento: A avaliação da estratificação de risco será feita nas consultas médicas pelo médico geral e a enfermeira realizará uma avaliação dos dados preenchidos nas fichas espelho e planilha de coletas de dados sobre o total de pacientes com esta avaliação.

Ação Organização e Gestão do Serviço:

- Fazer um registro das pessoas hipertensas e diabéticas com alto risco para doenças cardiovasculares.

Detalhamento: Através das consultas médicas periódicas realizadas aos pacientes com estas doenças crônicas com a ajuda da enfermeira do grupo de hiperdia e dos ACS, vamos identificar os usuários com alto risco e logo fazer um registro dos usuários, responsável da atividade a enfermagem do grupo de hiperdia.

- Nas consultas, priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes com alto risco.

Detalhamento: A enfermagem orientará as recepcionistas quanto ao registro dos pacientes com alto risco para dar prioridade ao agendamento de consulta e retorno destes pacientes.

Ação Engajamento público:

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: Nas consultas médica, de enfermagem e nas visitas domiciliares vamos orientar os pacientes quanto seu nível de risco, e conversar sobre a importância de assistirem a consulta regularmente para manter um bom controle. Isto será pauta do grupo de hiperdia também.

- Esclarecer para as pessoas hipertensas, diabéticos e para a comunidade

quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação, sedentarismo,).

Detalhamento: Vamos fazer encontros com a comunidade para orientar sobre a importância de manter hábitos de vida saudáveis, o assunto será abordado em palestras, nas consultas médicas, visitas domiciliares, nas consultas de enfermagem, temas como: fazer exercício físico, evitar alimentos gordurosos, diminuir a ingestão de sal, evitar o sedentarismo e manter uma dieta saudável, Os responsáveis por esta atividade serão todos os membros da equipe.

Ação Qualificação da prática clínica:

-Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco.

Detalhamento: O médico e a enfermeira do grupo de hiperdia farão a capacitação da equipe quanto à estratificação de risco nas reuniões de equipe.

-Capacitação da equipe para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: O médico com a ajuda da enfermeira farão a capacitação da equipe nas reuniões de equipe sobre os riscos modificáveis (alimentação, tabagismo, obesidade, sedentarismo).

-Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: Será feita nas reuniões de equipe onde se capacitará a equipe sobre a importância da avaliação dos fatores de riscos modificáveis e a importância de preencher todos os dados sem omitir nada, sendo a responsável por esta atividade a enfermeira do grupo de hiperdia.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão e 100% das pessoas com diabetes.

Ação Monitoramento e avaliação:

-Monitorar a realização de orientações às pessoas com hipertensão e/ou diabetes sobre temas de alimentação saudável.

Detalhamento: O médico da unidade vai monitorar os membros da equipe quanto à orientação aos usuários sobre mudanças na qualidade de vida estando presente nas palestras e grupos de hiperdia.

Ação Organização e Gestão do Serviço:

-Organizar práticas coletivas, sobre temas de alimentação saudável.

Detalhamento: Será discutido com todos os membros da equipe a organização com a comunidade palestras e encontros onde participem a equipe de trabalho, usuários com hipertensão, diabetes e a comunidade para abordar a importância de ter uma alimentação saudável.

Ação Engajamento público:

- Fazer atividades de promoção na comunidade para pessoas hipertensas, diabéticas e familiares sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Todos os membros da equipe vão promover palestras e encontros onde participem a equipe de trabalho, pessoas com hipertensão, diabetes e a comunidade para abordar a importância de ter uma alimentação saudável.

Ação Qualificação da prática clínica:

-Capacitar a equipe de trabalho sobre temas de alimentação saudável.

Detalhamento: Nos encontros e reunião de equipe a médica e enfermeira capacitarão toda equipe sobre alimentação saudável. Será convidada uma nutricionista para palestrar sobre os temas de alimentação saudável para a equipe.

-Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: A enfermeira vai fazer capacitação nas reuniões de equipe sobre os diferentes métodos para fazer educação em saúde (palestras, encontros, reuniões) e discutir com a equipe os métodos de maior adesão pela

comunidade.

Meta 6.2: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão e a 100% das pessoas com diabetes.

Ação Monitoramento e avaliação:

-Monitorar a realização de orientações aos usuários hipertensos e diabéticos sobre temas de pratica regular de atividade física.

Detalhamento: O médico da unidade com a ajuda da enfermeira fará o monitoramento das orientações destinadas aos usuários quanto aos temas sobre prática de exercícios estando presentes nas palestras e encontros.

Ação Organização e Gestão do Serviço:

-Organizar práticas coletivas, sobre temas de pratica regular de atividade física.

Detalhamento: Todos os membros da equipe vão organizar com a comunidade palestras, encontros onde participem a equipe de trabalho, usuários com hipertensão, diabetes e a comunidade para abordar a importância de fazer atividade física regular.

Ação Engajamento público:

- Fazer atividades de promoção na comunidade para pessoas com hipertensão e/ou diabetes e familiares sobre prática regular de atividade física.

Detalhamento: Todos os membros da equipe vão fazer palestras e encontros onde participem a equipe de trabalho, usuários com hipertensão, diabetes e a comunidade para abordar a importância de fazer atividade física regular.

Ação Qualificação da prática clínica:

-Capacitar a equipe de trabalho sobre temas de pratica regular de atividade física.

Detalhamento: Nos encontros e reunião de equipe a médica e enfermeira capacitarão a toda equipe sobre importância da prática regular de atividade

física. Será convidado um profissional habilitado (Educador físico) para palestrar sobre os temas de pratica regular de atividade física.

Meta 6.3: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão e a 100% das pessoas com diabetes.

Ação Monitoramento e avaliação:

-Monitorar a realização de orientações aos usuários hipertensos sobre risco do tabagismo.

Detalhamento: O médico da unidade com a ajuda da enfermeira fará o monitoramento das orientações destinadas aos pacientes sobre os riscos do tabagismo estando presentes nas palestras e encontros.

Ação Organização e Gestão do Serviço:

-Organizar práticas coletivas sobre temas de risco do tabagismo.

Detalhamento: Todos os membros da equipe vão organizar com a comunidade palestras, encontros onde participem a equipe de trabalho, pacientes portadores de hipertensão, diabetes e a comunidade para abordar a importância de evitar o tabagismo.

Ação Engajamento público:

- Fazer atividades de promoção na comunidade para usuários com hipertensão e/ou diabetes e familiares sobre risco do tabagismo.

Detalhamento: Vamos promover palestras uma vez no mês onde participem a equipe de trabalho, usuários com hipertensão, diabetes e a comunidade para abordar a importância de evitar o tabagismo, o risco que provoca a saúde, as palestras e encontros serão dirigidos pelo medico e enfermeira do grupo de hiperdia. Os ACS nas visitas domiciliares também orientarão os usuários sobre os riscos do tabagismo, responsável das atividades a enfermagem do grupo de hiperdia.

Ação Qualificação da prática clínica:

- Capacitar a equipe de trabalho sobre temas de risco do tabagismo.

Detalhamento: Nos encontros, reunião de equipe o medica e enfermagem capacitará a toda equipe sobre importância de evitar o tabagismo, o risco que provoca a saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão e a 100% das pessoas com diabetes.

Ação Monitoramento e avaliação:

-Monitorar a realização de orientações aos usuários hipertensos e diabéticos sobre higiene bucal.

Detalhamento: O médico e enfermeira farão o monitoramento das orientações destinadas aos usuários quanto à higiene bucal.

Ação Organização e Gestão do Serviço:

-Organizar práticas coletivas sobre temas de higiene bucal.

Detalhamento: A enfermeira da unidade vai promover palestras uma vez no mês onde participem a equipe de trabalho, usuários com hipertensão, diabetes e a comunidade para abordar a importância sobre a higiene bucal adequada.

Ação Engajamento público:

- Fazer atividades de promoção na comunidade para pessoas hipertensas, diabéticas e familiares sobre higiene bucal.

Detalhamento: Vamos promover encontros e palestras uma vez no mês, onde participem a equipe de trabalho e pacientes portadores de hipertensão, diabetes e a comunidade para abordar a importância da higiene bucal, as palestras e encontros serão dirigidos pelo médico e enfermeira do grupo de hiperdia já que não contamos com equipe de odontologia na unidade.

Ação Qualificação da prática clínica:

- Capacitar a equipe de trabalho para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Nos encontros, reunião de equipe a médica e enfermeira capacitarão a toda equipe sobre importância da higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar 70% das pessoas com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção à pessoa com hipertensão na unidade de saúde.

Numerador: Número de pessoas hipertensas residentes na área de abrangência da unidade cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial

Denominador: Número total de pessoas hipertensas residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 80% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção a pessoas com diabetes na unidade de saúde.

Numerador: Número de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da unidade cadastrados no Programa de Atenção à Diabético.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção às pessoas hipertensas e/ou diabéticas

Meta 2.1: Realizar exames clínicos periódicos a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.1: Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas hipertensas cadastradas na unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exames clínicos periódicos a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.2: Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de pessoas diabéticas com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas diabéticas cadastradas na unidade de saúde.

Meta 2.3: Realizar avaliação de necessidade de atendimento odontológico a todas as pessoas hipertensas.

Indicador 2.3: Proporção de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas hipertensas inscritas no programa pertencente à área de abrangência da unidade.

Meta 2.4: Realizar avaliação de necessidade de atendimento odontológico a todas as pessoas diabéticas.

Indicador 2.4: Proporção de pessoas diabéticas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas hipertensas inscritas no programa pertencente à área de abrangência da unidade.

Meta 2.5: Prescrição de medicamentos da farmácia popular necessários a usuários hipertensos.

Indicador 2.5: Proporção de pessoas hipertensas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de pessoas hipertensas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de pessoas hipertensas com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Prescrição de medicamentos necessários a pessoas com diabetes.

Indicador 2.6: Proporção de pessoas diabéticas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de pessoas diabéticas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de pessoas diabéticas com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.7: Proporção de pessoas hipertensas com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas hipertensas com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de pessoas hipertensas cadastradas na unidade de saúde.

Meta 2.8: Garantir a 100% das pessoas diabéticas a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.8: Proporção de pessoas diabéticas com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas diabéticas com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de pessoas diabéticas cadastradas na unidade de saúde.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabétes ao programa.

Meta 3.1: Buscar todos os usuários hipertensos que não comparecerem a consulta medica (pacientes faltosos).

Indicador 3.1: Proporção de pessoas hipertensas faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas hipertensas faltosas às consultas médicas com busca ativa

Denominador: Número total de pessoas hipertensas cadastradas na unidade de saúde faltosas às consultas.

Meta 3.2: Buscar todos os usuários diabéticos que não comparecerem a consulta medica (pacientes faltosos).

Indicador 3.2: Proporção de pessoas diabéticas faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas diabéticas faltosas às consultas médicas com busca ativa

Denominador: Número total de pessoas diabéticas cadastradas na unidade de saúde faltosas às consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento aos usuários hipertensos cadastrados em nossa unidade.

Indicador 4.1: Proporção de pessoas hipertensas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas hipertensas cadastradas na unidade com registro adequado na ficha de acompanhamento

Denominador: Número total de pessoas hipertensas cadastradas na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento aos usuários diabéticos cadastrados em nossa unidade.

Indicador 4.2: Proporção de pessoas diabéticas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas diabéticas cadastradas na unidade com registro adequado na ficha de acompanhamento

Denominador: Número total de pessoas diabéticas cadastradas na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear as pessoas com hipertensão e/ou diabetes de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Fazer uma pesquisa de risco cardiovascular em todas as pessoas com HAS cadastradas em nossa unidade.

Indicador 5.1: Proporção de pessoas hipertensas com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas hipertensas cadastradas na unidade com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas hipertensas cadastradas na unidade de saúde.

Meta 5.2: Fazer uma pesquisa de risco cardiovascular em todas as pessoas com DM cadastradas em nossa unidade.

Indicador 5.2: Proporção de usuários diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas diabéticas cadastradas na unidade com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas diabéticas cadastradas na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.1: Proporção de pessoas hipertensas com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam as orientações sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.2: Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam as orientações sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de pessoas diabéticas cadastradas na unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.3: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam as orientações sobre a prática regular de atividade física

Denominador: Número de pessoas hipertensas cadastradas na unidade de saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.4: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas diabéticas que receberam as orientações sobre a prática regular de atividade física

Denominador: Número de pessoas diabéticas cadastradas na unidade de saúde.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão

Indicador 6.5: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam as orientações sobre higiene bucal

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.6: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre

higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam as orientações sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.7: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam as orientações sobre os riscos do tabagismo

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.8: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam as orientações sobre os riscos do tabagismo

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Hipertensão e Diabetes vamos adotar os Cadernos de Atenção Básica nº 37 do Ministério da Saúde, Brasília, 2013 e programa de Diabetes Mellitus descrito no Caderno de Atenção Básica nº 36 (Brasília, 2013). Utilizaremos a ficha espelho da pessoa com

hipertensão e/ou diabetes fornecida pelo curso. A ficha tem as informações necessárias para o monitoramento da intervenção e alimentação dos indicadores avaliados, como: medicação de uso contínuo, fluxograma dos exames laboratoriais, dados clínicos, estratificação de risco, exame físico e orientações gerais. Estimamos alcançar 150 usuários com estas doenças. Para lograr esta meta aumentamos as visitas domiciliares feitas pelos agentes comunitários para a pesquisa dos usuários com estas doenças crônicas, serão feitas encontros com a comunidade solicitando apoio para pesquisar os pacientes assim como colocar anúncios na unidade sobre o funcionamento do grupo de hiperdia e a programação de consultas. Faremos contato com o gestor para dispor das fichas-espelho necessárias. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados também fornecida pelo curso.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira do programa de hiperdia revisará as fichas espelhos de registro identificando todos os pacientes que vieram ao serviço nos últimos três meses. A enfermeira localizará os prontuários dos pacientes e transcreverá todas as informações para o prontuário e então para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o monitoramento do paciente fazendo anotações sobre consultas, exames laboratoriais em dia e em atraso e avaliação do risco. Com isso os ACS poderão fazer a busca ativa dos usuários com consultas em atrasos. A atenção odontológica será feita nas consultas médica, de enfermagem e nas visitas domiciliares assim como as atividades de promoção de saúde (palestras, atividades de grupo).

Para viabilizar a ação de capacitar a equipe para a utilização do protocolo, primeiramente na reunião de equipe, vamos apresentar o Manual técnico do programa de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus (cadernos de atenção básica nº 37 e 36 séries A) a ser utilizado. A capacitação será realizada na própria UBS, na primeira semana da intervenção, em horário da reunião de equipe que ocorre semanalmente. Trabalharemos a motivação e união da equipe buscando mostrar a eles a importância da intervenção, os benefícios que ela trará para o serviço, equipe e comunidade e reforçar que as ações não representarão mais trabalho, mas sim uma melhor organização do processo de trabalho. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual

técnico para explicar o conteúdo ao restante da equipe e ao final todos darão sua opinião sobre o que acharam do projeto apresentado.

Para garantir o acolhimento dos usuários diabéticos e/ou hipertensos realizaremos o acolhimento desde a recepção onde o usuário será identificado em sua condição clínica de saúde (HAS-DM) depois encaminhado para avaliação de enfermagem para triagem e por fim, para avaliação de consulta médica. Após a consulta o usuário é encaminhado para registro de cadastro e ou acompanhamento no programa de Hiperdia, onde serão feitas orientações gerais, encaminhamento e agendamento de retorno.

Para acolher a demanda temos 24 consultas médicas diárias, destas, seis serão agendadas, sendo três específicas para pessoas cadastradas no programa hiperdia. Além disso, usuários identificados como de risco terão prioridade na demanda espontânea o que deverá ser devidamente explicado aos demais usuários da unidade. Existe uma dinâmica na troca das receitas que é feita de seis em seis meses, porém o usuário tem a livre demanda para retornar a UBS caso necessite de consulta por algum processo agudo. Também temos no grupo de hiperdia espaço aberto nas terças-feiras de tarde para orientações, encaminhamentos e atendimento.

Para sensibilizar a comunidade vamos informar a população sobre o funcionamento do grupo de hiperdia que funciona em nossa unidade, vamos informar também sobre a importância de assistir as consultas em tempo, fazer os retornos e cadastros necessários na UBS, entender a importância de cuidado próprio com a saúde. Além de atividades que serão realizadas como palestras na UBS sobre a importância da adoção de estilos de vida saudáveis em benefício da saúde, alimentação saudável, prática regular de atividade física e abandono do tabagismo.

Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de usuários com HAS e DM e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional, assim como incrementar as visitas domiciliares feitas pelos agentes comunitários para aumentar a pesquisa dos pacientes.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Examinando as ações desenvolvidas de acordo com as atividades que eram previstas no cronograma conclui-se que, de certa forma, foram cumpridas em sua totalidade buscando sempre contornar as dificuldades.

A primeira semana da intervenção correspondia à apresentação do projeto de intervenção para a equipe de trabalho assim como para os ACS. Nesta semana, discutiu-se o projeto com toda a equipe, capacitamos todo pessoal para a realização da intervenção e também sobre os protocolos de hipertensão e diabetes, mas tivemos dificuldades com a capacitação dos ACS que não foi possível ser feita nessa primeira semana, uma vez que tivemos o imprevisto da perda de uma ACS por leucemia aguda, onde ficamos na unidade de saúde até a semana 4 da intervenção, com somente 1 ACS. Dessa forma, a capacitação foi feita na semana 4 quando se incorporou uma nova ACS ao trabalho.

Realizamos encontro com o Gestor de saúde, onde em reunião e discussão sobre a intervenção solicitamos os materiais necessários para a implementação da mesma e também ficou decidido aumentar a cota de exames na unidade para garantir e ampliar os atendimentos aos usuários da ação programática em foco.

Nas primeiras semanas tivemos dificuldade com o funcionamento do grupo de Hipertensão porque a enfermeira responsável por esta atividade esteve em atestado. Esta atividade foi então incorporada na semana seguinte retomando o funcionamento semanal do grupo.

O resto das atividades organizadas foi cumprido em sua totalidade, fizemos contato com líderes da comunidade para discussão do projeto na comunidade. Esse contato aconteceu em reunião realizada no bairro Taschs, a apresentação do projeto foi no domicílio de uma usuária hipertensa, participaram da reunião a enfermeira do grupo de hipertensão e membros da comunidade, ali foi solicitado apoio para captar os pacientes faltosos a consulta. Ao final do segundo mês de intervenção foi incorporado um novo agente comunitário que recebeu capacitação sobre a intervenção imediatamente. Em todas as semanas da intervenção foi feito os atendimentos diários para os usuários hipertensos e diabéticos atendendo a

demanda de consultas.

O acolhimento destes usuários começa na recepção onde é identificado em sua condição clínica de saúde (HAS-DM) depois é encaminhado para avaliação de enfermagem para triagem, onde o profissional conhece todos os dados que leva a ficha espelho do usuário, depois, o usuário é encaminhado para avaliação clínica médica e consulta onde se realiza uma avaliação completa dos usuários. Realizamos exame físico completo, avaliação de necessidade de exames de laboratório, avaliação do tratamento, preenchimento da ficha espelho, da planilha de coletas de dados e aproveitamos o encontro com o usuário para dar orientações educativas que tem tanta importância no controle das doenças crônicas. Após a consulta o usuário é encaminhado para registro de cadastro e ou acompanhamento no programa de Hiperdia. Todas estas ações foram previstas no projeto e cumpridas em sua totalidade.

Podemos falar que as ações previstas foram desenvolvidas em sua totalidade, dentro delas temos: Informar a população sobre o funcionamento do grupo de hiperdia que funciona em nossa unidade, para isto a enfermeira colocou anúncios na unidade onde informava o dia e hora que funciona o grupo na unidade. Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Orientar os usuários hipertensos e diabéticos e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, alimentação saudável, prática regular de atividade física e risco do tabagismo especialmente das pessoas hipertensas e diabéticos, estas atividades foram cumpridas nas consultas médicas, de enfermagem, nas visitas domiciliares feitas pelos agentes comunitários, nos encontros com a comunidade onde se apresentou o projeto e aproveitamos o marco para as atividades de promoção.

Onde apresentamos dificuldade foi nas visitas domiciliares que foram feitas somente pelos agentes comunitários sem a participação do médico da unidade. Temos que destacar que, atualmente, após a implantação da intervenção, na rotina

da unidade, cada profissional conhece seu papel quando chega um usuário com alguma destas doenças crônicas, tudo acontece com muita fluidez sem atrapalhar o funcionamento da unidade o que vai favorecer a continuidade da intervenção.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas no projeto de intervenção foram cumpridas, todas puderam ser contempladas durante a intervenção o que favoreceu um bom desenvolvimento do projeto.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção a equipe apresentou algumas dificuldades no início com as planilhas de coletas de dados, devido a alguns dados faltantes de usuários. No entanto, a qualidade dos registros foi melhorando na medida em que a intervenção transcorria. Referente ao preenchimento da planilha de dados tive dúvidas no início na aba avaliação de necessidade de atenção odontológica, a dúvida se referia se a avaliação tinha que ser feita pela equipe de odontologia ou poderia ser feita pelo médico geral na consulta e outros membros da equipe, uma vez que em nossa unidade não contamos com consulta de odontologia, mas tudo foi esclarecido pela orientadora e os usuários receberam a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

O projeto de intervenção vai continuar sendo desenvolvido em nossa unidade como uma rotina do serviço, para que isto ocorra temos aspectos que ainda precisam ser melhorados e ampliados em relação aos atendimentos para os usuários com HAS e/ou DM. A ampliação da qualidade do atendimento destinado a essa população terá continuidade, mas garantindo que não afete as demais ações programáticas, as quais, posteriormente, serão também implementadas na UBS. Continuamos com os exames clínicos de laboratório, a avaliação de necessidade de atenção odontológica assim como as atividades de promoção e prevenção, outra estratégia da unidade é tratar com o gestor a necessidade de aumentar o número de

agentes comunitários para melhor acompanhar a área de abrangência assim como definir um horário para que a médica e enfermeira realizem visitas domiciliares a usuários necessitados. A equipe de trabalho se sente muito bem com esta nova rotina do serviço.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A UBS Ambulatório Clínicas, localizada no município de São Sepé/RS apresenta 3960 usuários, onde segundo estimativas, 2810 usuários tem 20 anos ou mais de idade. Destes, 885 são hipertensos e 253 são diabéticos. Segundo o CAP temos 56% de cobertura para hipertensão e 64% de cobertura para diabetes, mas estes dados não são fidedignos uma vez que os dados da UBS estavam desatualizados e faltantes evidenciando que é necessário melhorar a captação desses usuários. Dessa forma, iniciamos do zero a captação dos pacientes bem como a qualificação da atenção a saúde dessa população, já que antes da intervenção não existiam ações em saúde sistemáticas para estes usuários. Assim, ao final da intervenção cadastramos e acompanhamos 178 usuários com hipertensão (35,9%) e 53 usuários diabéticos (32,5%).

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar 70% das pessoas hipertensas da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde

A gráfica Figura 1 mostra a cobertura do programa de atenção à pessoa hipertensa na unidade de saúde Ambulatório Clínicas. Observamos que a cada mês a cobertura esteve em ascensão. Ao final do primeiro mês da intervenção alcançamos uma cobertura de 13,5% (67 hipertensos) na unidade de saúde, no segundo mês incrementamos a cobertura para 23,4% (116 hipertensos) e ao final dos 3 meses da intervenção obtivemos um total de 178 pacientes hipertensos cadastrados, representando 35,9% de cobertura.

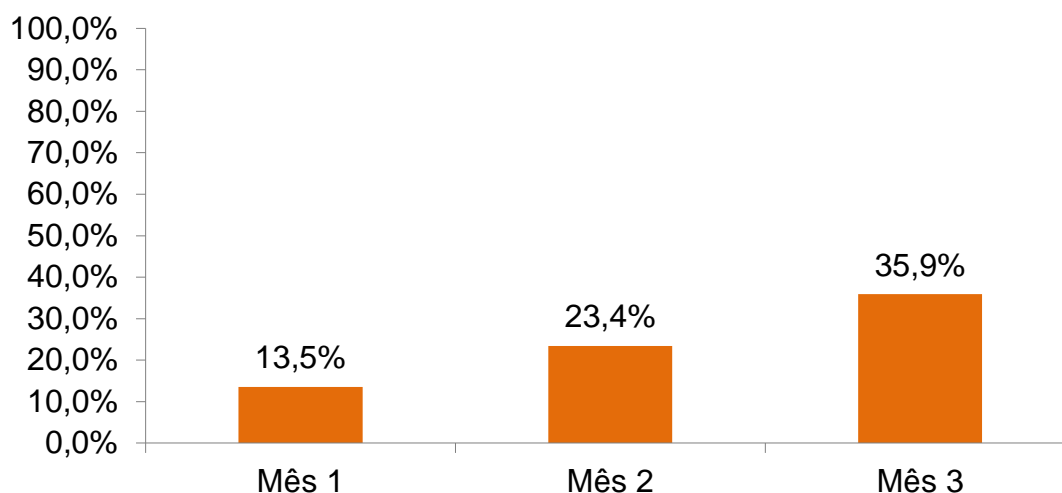


Figura 1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Ambulatório Clínicas, São Sepé, RS.

Não atingimos a meta de cobertura proposta inicialmente (70%), mas o trabalho continuará na unidade de saúde até alcançarmos a meta de 100% de hipertensos da área de abrangência cadastrados.

Muitas ações foram planejadas e realizadas com o intuito de alcançar a meta estimada, mas é preciso destacar que o tempo em que ocorreu a intervenção contou com alguns imprevistos e nossa UBS também apresenta algumas limitações como, por exemplo, a falta de ACS em número suficiente uma vez que contamos somente com dois ACS durante os 3 meses de intervenção não sendo possível abranger toda área de abrangência que é muita extensa. Além disso, nossa UBS não trabalha como ESF. É importante destacar também que o período de intervenção inicialmente estava previsto e foi planejado para 16 semanas, mas foi necessária a redução de tempo para 12 semanas, o que também contribuiu para o não alcance da meta de cobertura inicialmente planejada, temos que sinalar que ao início da intervenção os dados obtidos por CAP não são fidedignos, são uma estimativa por caderno de ações programáticas, evidenciando que foi necessário iniciar de zero a captação dos pacientes.

Apesar disso, vale destacar que se tentou em todo tempo buscar alternativas para cumprir as metas propostas, os usuários hipertensos e diabéticos que chegavam à unidade na forma de demanda espontânea eram acolhidos e encaminhados para consulta médica para o cadastramento no projeto de intervenção, ampliou-se o número de vagas para atendimento dos hipertensos e diabéticos onde das seis vagas com agendamento, três eram específicas para

peças cadastradas no programa hiperdia, também aumentamos a quantidade de visitas domiciliares por parte dos agentes comunitários da saúde, onde foi fundamental a ajuda deles para o cadastramento da população.

Meta 1.2: Cadastrar 80% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Em relação à cobertura dos pacientes diabéticos a meta proposta foi cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde em quatro meses de intervenção. Como mostra a Figura 2, a cobertura atingida ao final de três meses de intervenção foi de 32,5% (53 pessoas cadastradas das 163 pessoas diabéticas residentes na área de abrangência da UBS). Desta forma, não conseguimos alcançar a meta proposta. No primeiro mês foram cadastradas 28 pessoas (17,2%), no segundo mês cadastrou-se 37 pessoas (22,7%) e no terceiro mês 53 pessoas o que representa 32,5% da cobertura total da área de abrangência da unidade de saúde.

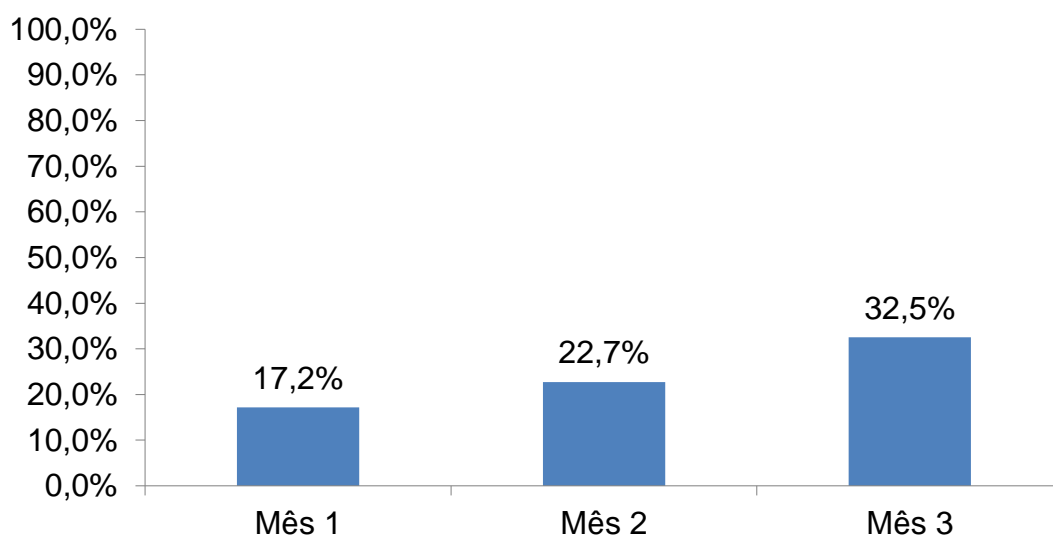


Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Ambulatório Clínicas, São Sepé, RS.

Apesar de não alcançarmos a meta de cobertura proposta, não medimos esforços para buscar e cadastrar o maior número de diabéticos possível. Programamos ações em todos os eixos pedagógicos, na unidade se decidiu acolher a demanda, aumentar o número de vagas para estas pessoas onde das seis vagas

de agendamento disponíveis, três eram específicas para pessoas cadastradas no programa hiperdia, também aumentamos a quantidade de visitas domiciliares por parte dos agentes comunitários da saúde, a pesquisa de pacientes faltosos e nos encontros com a comunidade e visitas domiciliares divulgou-se a importância das consultas médicas e seguimento periódico dos pacientes, bem como o funcionamento do grupo de hiperdia e diabetes na unidade e as atividades feitas no grupo.

Atingimos nosso objetivo e conseguimos manter a motivação da equipe e incluir a implementação desse programa na rotina de trabalho de nossa UBS e assim pretendemos estender esta melhoria às demais ações programáticas em benefício da população.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à pessoa com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Em três meses de intervenção, 145 hipertensos realizaram exames clínicos de acordo com o protocolo, o que representa 81,5% do total de usuários hipertensos cadastrados no programa. A gráfica Figura 3 mostra uma tendência ascendente da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. No primeiro mês os exames clínicos adequados foram feitos em 49 usuários de 67 cadastrados, o que corresponde a 73,1 % do total de usuários hipertensos cadastrados, no segundo mês foi realizado exames clínicos a 89 usuários hipertensos de 116 (76,7%) no total e, no terceiro mês, se avaliaram 145 pessoas de 178, representando 81,5 % do total de pacientes hipertensos cadastrados no programa.

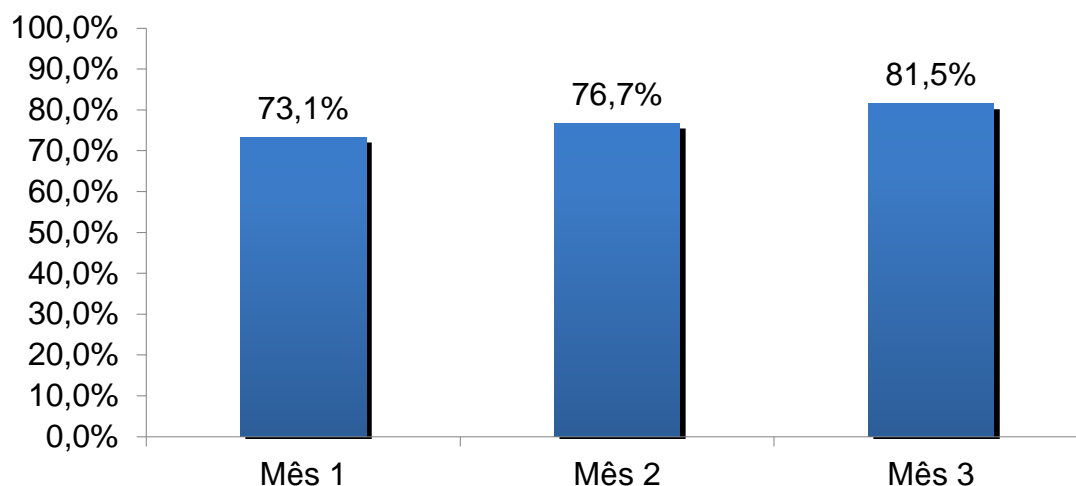


Figura 3. Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo o protocolo na UBS Ambulatório Clínicas, São Sepé, RS.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas diabéticas.

De acordo com a gráfica Figura 4, no primeiro mês, 28 pessoas foram cadastradas e 23 tiveram o exame em dia de acordo com o protocolo, o que representa 82,1 % do total de cadastrados; no segundo mês, 29 tiveram o exame clínico em dia e 37 foram cadastradas (78,4%) e, no terceiro mês de intervenção, 53 pessoas foram cadastradas e 44 tiveram o exame clínico de acordo a protocolo, o que representou um total de 83% dos usuários cadastrados.

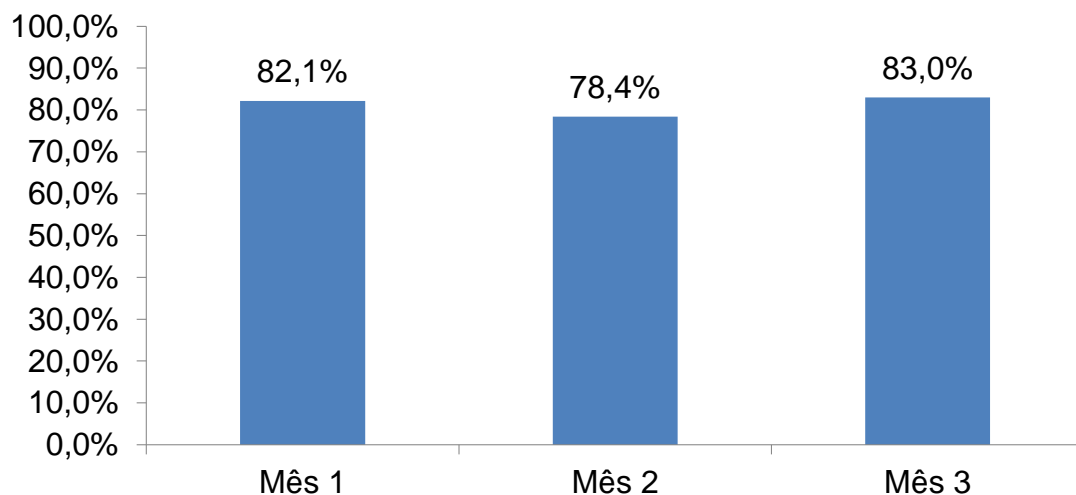


Figura 4. Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo o protocolo na UBS Ambulatório Clínicas, São Sepé, RS.

Conseguimos chegar a estes resultados devido à ampliação da oferta de atendimentos para os pacientes hipertensos e diabéticos em todos os dias da semana, incrementando-se assim as consultas. Além disso, aumentou-se a busca ativa dos pacientes nas visitas domiciliares feitas pelos dois agentes comunitários,

cifra insuficiente para abarcar toda área de abrangência, e a apresentação do projeto para líderes da comunidade foi de muita importância uma vez que, dessa forma, puderam nos auxiliar nas buscas ativas convidando familiares e vizinhos para participarem da intervenção. Vamos continuar com estas ações a fim de alcançar 100% dos hipertensos e diabéticos com exames clínicos apropriados.

Meta 2.3: Garantir a 100% das pessoas hipertensas a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

A gráfica Figura 5 mostra a proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo. A tendência foi evolutiva. No primeiro mês foram realizados 47 exames complementares em dia de 67 usuários cadastrados no programa, o que representa 70,1% do total de cadastrados. No segundo mês de intervenção, 116 foram cadastrados e 87 tiveram os exames complementares em dia representando 75% do total de cadastrados. No terceiro mês de intervenção, 178 foram cadastrados e 143 tiveram exames complementares em dia representando 80,3% do total de cadastrados. O indicador foi melhorando à medida que transcorria a intervenção e as ações vão continuar sendo implementadas a fim de alcançar 100%.

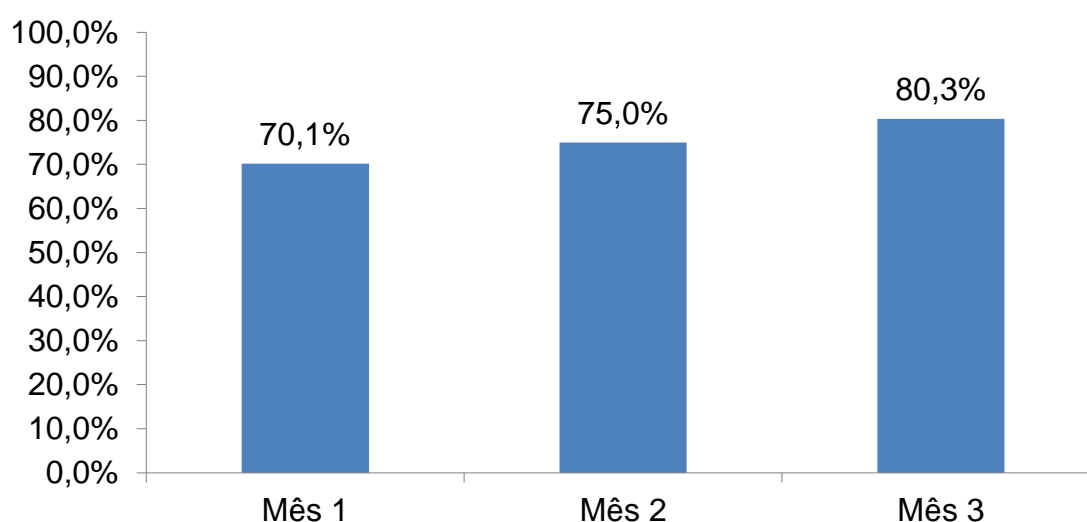


Figura 5. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Ambulatório Clínicas, São Sepé, RS.

Meta 2.4: Garantir a 100% das pessoas diabéticas a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

A tendência da gráfica Figura 6 que mostra a proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo não é ascendente. No primeiro mês, de 28 usuários com diabetes cadastrados, 22 tiveram exames complementares em dia, o que representa um 78,6% do total de usuários. No segundo mês, de 37 usuários acompanhados na UBS, 28 tiveram os exames complementares em dia (75,7%) e no terceiro mês, havia 54 usuários cadastrados com diabetes e 43 tiveram exames complementares em dia, o que representa 81,1% do total de usuários cadastrados.

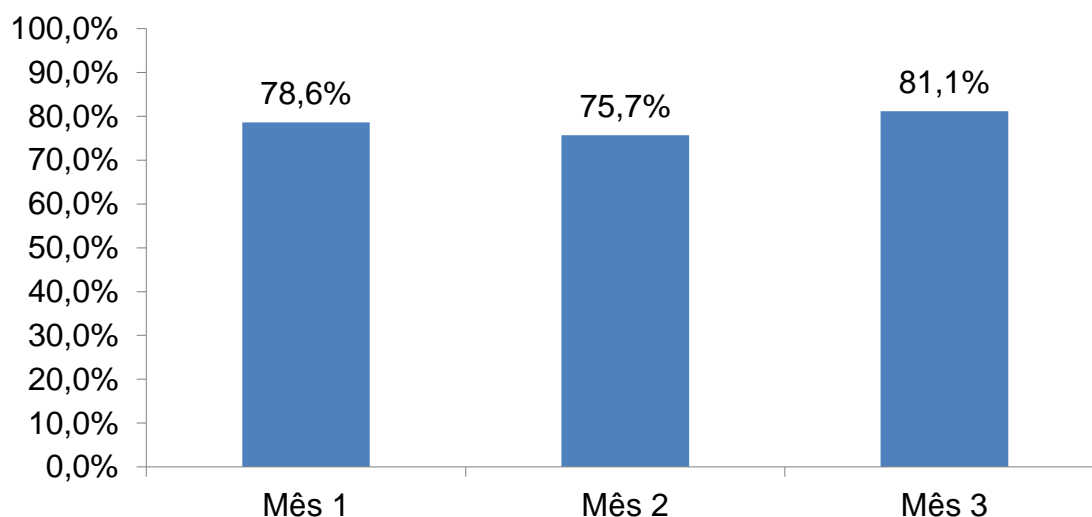


Figura 6. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Ambulatório Clínicas, São Sepé, RS.

Estes resultados foram possíveis de serem alcançados depois de um encontro com o gestor do município a fim de solicitar aumento da cota de exames complementares na unidade mensalmente. Esse aumento foi disponibilizado para mais 10% dos exames. Dessa forma, destacamos o apoio dos gestores que ajudaram a estabelecer prioridade para a realização dos exames laboratoriais aumentando o número de vagas, não afetando as vagas de resto da população. Acreditamos que com a continuidade da intervenção será possível alcançar 100% dos usuários hipertensos e diabéticos com exames complementares em dia.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Em relação à proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia tivemos uma tendência decrescente, Figura 7. No primeiro mês 91% dos hipertensos (61 pacientes dos 67 pacientes cadastrados) tiveram a prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia, no segundo mês esse percentual caiu para 87,9% e no terceiro mês caiu para 87,6%. A mesma tendência decrescente foi observada em relação à proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia, Figura 8, onde no primeiro mês 23 dos 28 diabéticos cadastrados tiveram prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia (82,1%), no segundo mês 30 diabéticos (81,1%) de 37 cadastrados tiveram prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia e no terceiro mês 42 dos 53 diabéticos (87,6%) tiveram prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia. Esses dados podem ser observados nos figuras 7 e 8 a seguir.

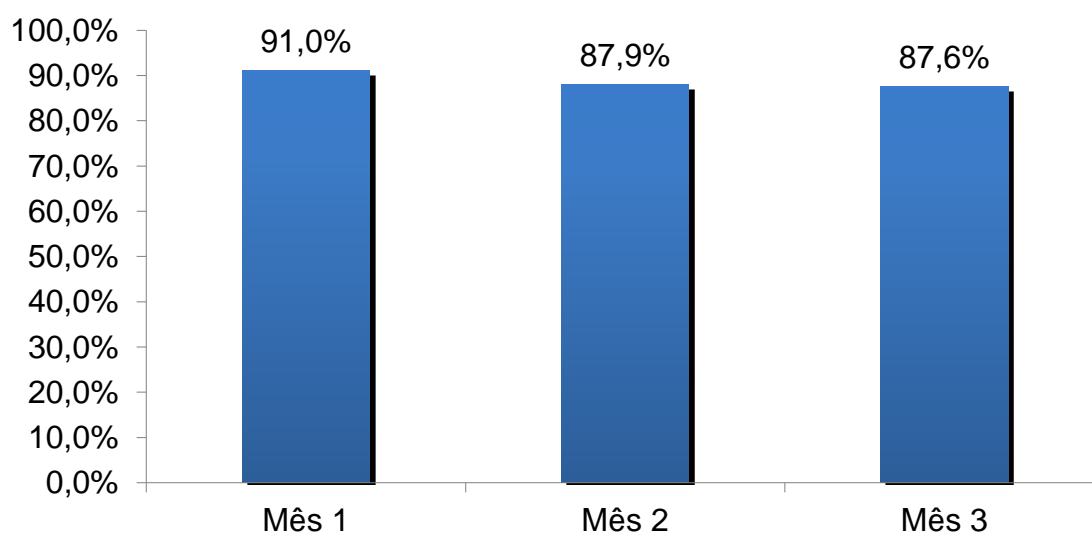


Figura 7. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Ambulatório Clínicas, São Sepé, RS.

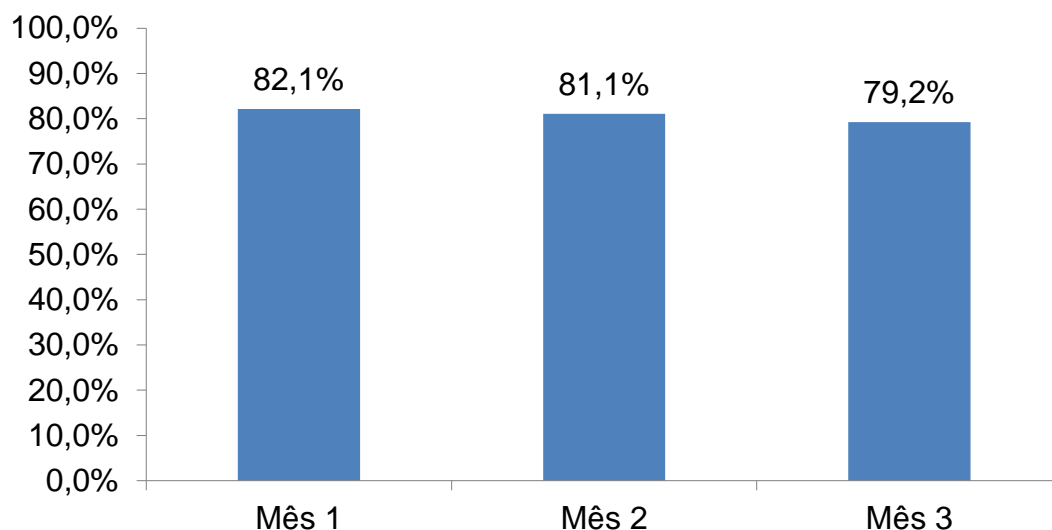


Figura 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Ambulatório Clínicas, São Sepé, RS.

Esta tendência decrescente na proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular pode ter sido devido ao fato de que muitos pacientes não tinham um bom controle das doenças com o consumo dos medicamentos da Farmácia Popular e tiveram que reajustar o tratamento com outros medicamentos que não são disponibilizados na Farmácia popular. Além disso, outros pacientes tem seguimento com cardiologista que trocou alguns dos tratamentos. Também é bom assinalar que no nosso município tivemos em falta alguns dos medicamentos mais comuns e de alto consumo como Enalapril e Atenolol durante o período da intervenção.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas.

Conseguimos alcançar a proporção de 100% das pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. A tendência foi constante mantendo-se sempre em 100% nos três meses de intervenção. No primeiro, segundo e terceiro mês 67, 116 e 178 usuários, respectivamente, foram cadastrados e tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico realizada.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas diabéticas.

A mesma tendência constante foi observada para a realização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas diabéticas, onde no primeiro, segundo e terceiro mês 28, 37 e 53 usuários, respectivamente, foram cadastrados e tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico realizada.

Garantimos em exame clínico preventivo fazer avaliação das pessoas com necessidades do atendimento odontológico. A dificuldade que apresentamos foi que em nossa unidade não contamos com equipe de odontologia e a avaliação foi feita pelo médico geral com a ajuda da enfermeira durante as consultas médicas. Encaminhávamos para o centro odontológico aquelas pessoas que precisavam de atendimento especializado. Como estratégia a coordenadora da unidade solicitou para o gestor a disponibilidade de atendimento odontológico em nossa unidade e a implantação de ESF.

Objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas com hipertensão e/ou diabetes ao programa

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Os resultados referentes à proporção dos hipertensos faltosos às consultas com busca ativa são constantes, mantendo-se em 100% em todos os meses. No primeiro, segundo e terceiro mês, houve 27, 39 e 43 usuários faltosos, respectivamente, e foram realizadas 100% das buscas ativas em todos os três meses de intervenção.

Meta 3.2: Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Os resultados referentes à proporção de pessoas diabéticas faltosas às consultas com busca ativa também se mostraram constantes, mantendo-se em 100% em todos os meses. No primeiro, segundo e terceiro mês, houve 8, 11 e 12 usuários faltosos, respectivamente, e foram realizadas 100% das buscas ativas em todos os três meses de intervenção.

Acordamos com a equipe e agentes de saúde as visitas domiciliares a pacientes faltosos como parte da busca ativa. Esses resultados foram possíveis devido ao exaustivo trabalho feito pela equipe e pelos agentes comunitários.

Nos encontros com a comunidade solicitamos apoio para captar os pacientes faltosos as consultas aproveitaram o momento para abordar a importância que tem as consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada para manter um bom controle das doenças. Realizaram-se atividades educativas abordando esta importância de acudir a consulta periodicamente, nas consultas medicas, de enfermagem e visitas domiciliares.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas hipertensas cadastradas na unidade de saúde.

Em relação à proporção de pessoas hipertensas com registro adequado na ficha de acompanhamento. Observamos na gráfica Figura 9, no primeiro mês 98,5% dos hipertensos (66 usuários dos 67 cadastrados) tiveram um registro adequado na ficha de acompanhamento, no segundo mês esse percentual caiu para 94,8% e no terceiro mês o percentual foi de 94,9% (169 pacientes dos 178 pacientes cadastrados), conforme a figura 13.

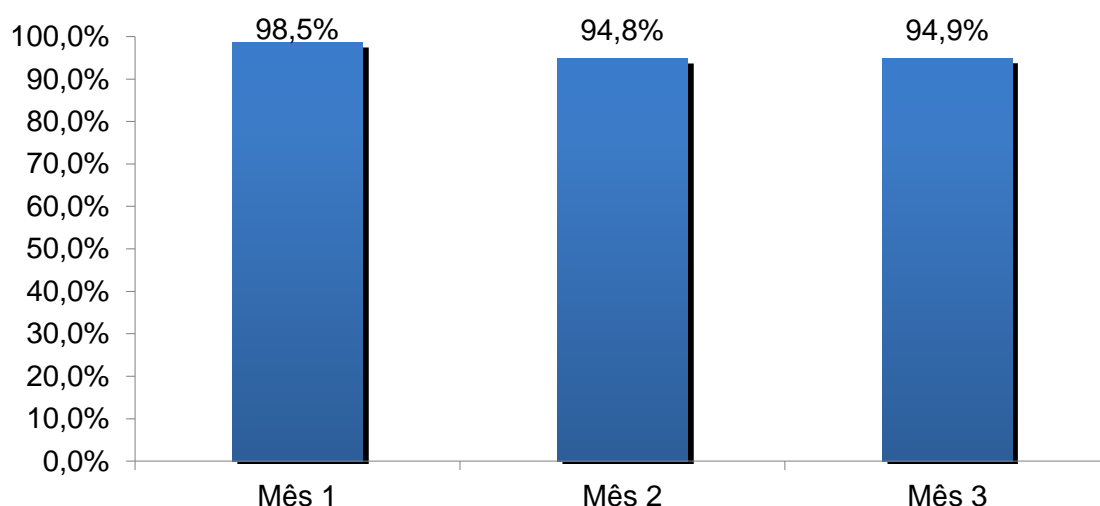


Figura 9: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Ambulatório Clínicas, São Sepé, RS.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas diabéticas cadastradas na unidade de saúde.

Nos usuários diabéticos observamos o contrario, foi observada uma tendência crescente, gráfico Figura 10, onde no primeiro mês 27 dos 28 diabéticos cadastrados tiveram um registro adequado na ficha de acompanhamento (96,4%), no segundo mês 36 diabéticos de 37 (97,3%) e no terceiro mês 52 dos 53 diabéticos tiveram um registro adequado na ficha de acompanhamento (98,1%). Esses dados podem ser observados na figura 10.

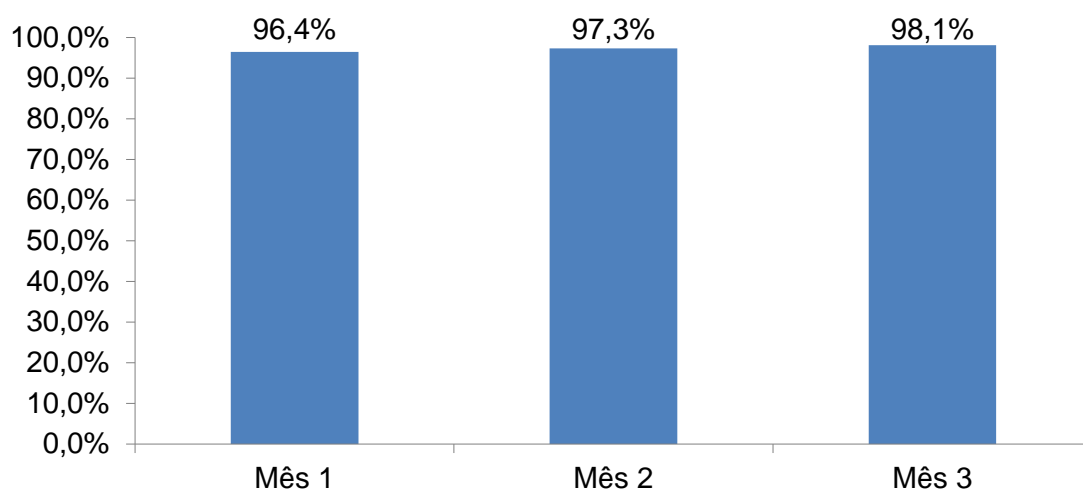


Figura 10: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Ambulatório Clínicas, São Sepé, RS.

Para manter ficha de acompanhamento a 100% das pessoas hipertensas e diabéticas cadastradas na unidade de saúde a enfermagem do programa de hiperdia realizou um monitoramento da qualidade dos registros, garantindo que todos os dados nas fichas de atendimento, consultas medica, de enfermagem, de grupos de saúde, de cadastros e acompanhamento no programa de hiperdia foram preenchidos, isto foi feito semanalmente.

Foi definido a utilização da ficha espelho e da planilha de coletas de dados como registro das informações, estas fichas espelho foram acomodadas por data de consulta de 6 em 6 meses e monitoradas cada vez que o paciente frequente a unidade. Na reunião da equipe a enfermagem fez a capacitação das técnicas de enfermagem, agentes comunitários e resto da equipe sobre o preenchimento dos dados necessários.

Objetivo 5: Mapear as pessoas hipertensas e diabéticas de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas hipertensas cadastradas na unidade de saúde.

Em relação à proporção de pessoas hipertensas com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia observamos Grafica Figura 11 que, no primeiro mês, 100% dos hipertensos (67 pacientes dos 67 pacientes cadastrados) tiveram estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, no segundo mês esse percentual caiu para 90,5% já que muitos dos pacientes tinham atrasos na consulta medica e no terceiro mês aumentou para 91,6% (163 pacientes dos 178 pacientes cadastrados).

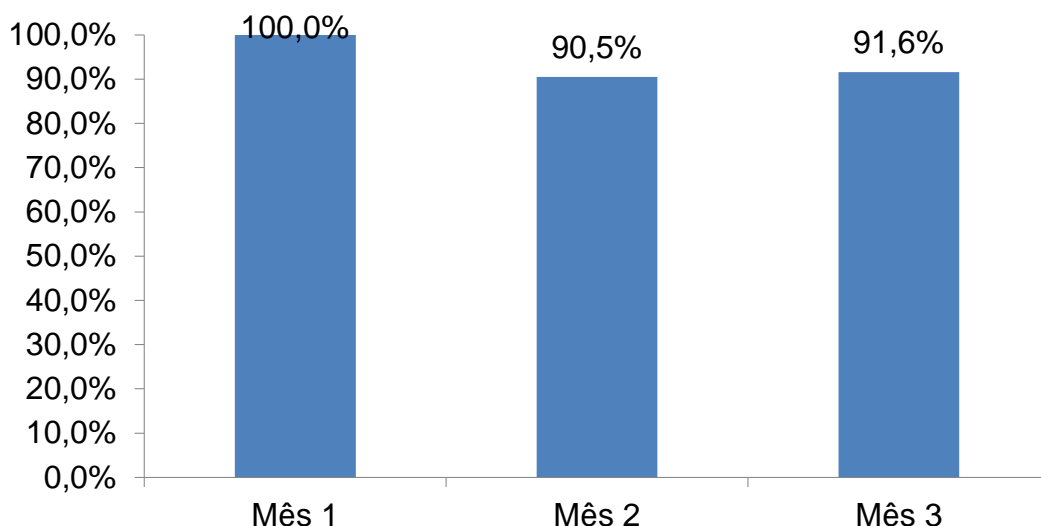


Figura 11: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Ambulatório Clínicas, São Sepé, RS.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas diabéticas cadastradas na unidade de saúde

Em relação à proporção de pessoas diabéticas com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, Gráficas Figuras 12 tiveram no primeiro mês 100% dos diabéticos (28 pacientes dos 28 pacientes cadastrados) com estratificação de risco cardiovascular; No segundo mês esse percentual caiu para 91,9% já que muitos dos pacientes tinham atrasos na consulta medica e no terceiro mês aumentou um pouco para 92,5% (49 pacientes dos 53 pacientes cadastrados).

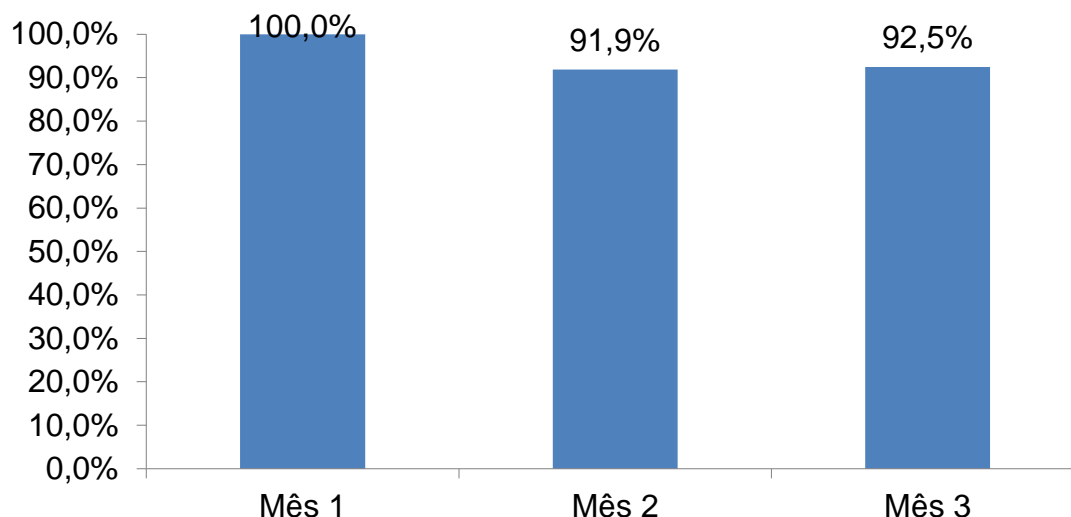


Figura 12: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínica em dia na UBS Ambulatório Clínicas, São Sepé, RS.

Esta tendência não crescente na proporção de pessoas hipertensas e diabéticas com estratificação de risco cardiovascular por exame clínica em dia pode ter ocorrido devido ao fato de que muitos usuários não tinham um bom controle das doenças e muitos tinham atrasos nas consultas médicas.

Objetivo 6: Promover a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas hipertensas.

Conseguimos alcançar a proporção de 100% das pessoas hipertensas com orientação nutricional sobre alimentação saudável. A tendência foi constante mantendo-se sempre em 100% nos três meses de intervenção. No primeiro, segundo e terceiro mês 67, 116 e 178 usuários, respectivamente, foram cadastrados e tiveram orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas diabéticas.

A mesma tendência constante foi observada em 100% das pessoas diabéticas, onde no primeiro, segundo e terceiro mês 28, 37 e 53 usuários, respectivamente, foram cadastrados e tiveram orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Atendendo a este indicador vemos que todos os pacientes receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável nos 3 meses da intervenção, essas orientações foram feitas nas consultas medicas por a medica geral, nas consultas de enfermagem do grupo de hiperdia, nas visitas domiciliares feitas por os agentes comunitários e nos encontros com a comunidade onde participou a medica, enfermagem e agentes, o que permitiu que conseguíssemos orientar a toda a população (100%).

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas hipertensas.

Conseguimos alcançar a proporção de 100% das pessoas hipertensas com orientação sobre a prática de atividade física regular. A tendência foi constante mantendo-se sempre em 100% nos três meses de intervenção. No primeiro, segundo e terceiro mês 67, 116 e 178 usuários, respectivamente, foram cadastrados e tiveram orientação sobre a prática de atividade física regular.

Todos os usuários receberam orientação em relação à prática regular de atividade física nos 3 meses da intervenção, essas orientações foram feitas nas consultas medicas por a medica geral, nas consultas de enfermagem do grupo de hiperdia, nas visitas domiciliares feitas por os agentes comunitários e nos encontros com a comunidade onde participou a medica, enfermagem e agentes, o que permitiu que conseguíssemos orientar a toda a população (100%)

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas diabéticas.

A mesma tendência constante foi observada em 100% das pessoas diabéticas, onde no primeiro, segundo e terceiro mês 28, 37 e 53 usuários, respectivamente, foram cadastrados e tiveram orientação sobre a prática de atividade física regular.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas hipertensas.

Atendendo este indicador podemos falar que conseguimos alcançar a proporção de 100% das pessoas hipertensas com orientação sobre os riscos do tabagismo. A tendência foi constante mantendo-se sempre em 100% nos três meses

de intervenção. No primeiro, segundo e terceiro mês 67, 116 e 178 usuários, respectivamente, foram cadastrados e tiveram orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas diabéticas.

Conseguimos alcançar a proporção de 100% das pessoas diabéticas com orientação sobre os riscos do tabagismo. A tendência foi constante mantendo-se sempre em 100% nos três meses de intervenção. No primeiro, segundo e terceiro mês 28, 37 e 53 usuários, respectivamente, foram cadastrados e tiveram orientação sobre os riscos do tabagismo. Igualmente todas as orientações foram feitas nas consultas médicas por a médica geral, nas consultas de enfermagem do grupo de hiperdia, nas visitas domiciliares feitas por os agentes comunitários e nos encontros com a comunidade onde participou a médica, enfermagem e agentes, o que permitiu que conseguíssemos orientar a toda a população (100%).

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas hipertensas.

Atendendo este indicador podemos falar que conseguimos alcançar a proporção de 100% das pessoas hipertensas com orientação sobre higiene bucal. A tendência foi constante mantendo-se sempre em 100% nos três meses de intervenção. No primeiro, segundo e terceiro mês 67, 116 e 178 usuários, respectivamente, foram cadastrados e tiveram orientação sobre higiene bucal.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas diabéticas.

A mesma tendência constante foi observada em 100% das pessoas diabéticas, onde no primeiro, segundo e terceiro mês 28, 37 e 53 usuários, respectivamente, foram cadastrados e tiveram orientação sobre higiene bucal.

Todas as orientações foram feitas nas consultas médicas por a médica geral, nas consultas de enfermagem do grupo de hiperdia, nas visitas domiciliares feitas por os agentes comunitários e nos encontros com a comunidade onde participou a médica, enfermagem y agentes, o que permitiu que conseguíssemos orientar a toda a população (100%).

Para continuar promovendo a melhoria na atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais da Unidade Básica Saúde (UBS) Ambulatório

Clinica do município São Sepé/RS a fim de diminuir a incidência e aumentar os índices de abrangência a exames e detecção precoce destas patologias temos que continuar com um acompanhamento periódico e completo dos pacientes com HAS e DM e assim manter na população a importância de mudanças no modo e estilo de vida para fazer melhorias na qualidade de vida da população evitando ou retardando as complicações crônicas mais frequentes.

4.2 Discussão

A intervenção realizada na UBS Ambulatório Clinicas, localizada no município de São Sepé/RS permitiu a qualificação do atendimento aos usuários portadores de hipertensão e diabetes da área de abrangência da unidade e cadastramento de pacientes que estavam faltosos as consultas. Com as atividades desenvolvidas introduzimos na população alvo a importância da realização de acompanhamento periódico e completo na unidade, mudanças no modo e estilo de vida, trabalhamos para melhorar a qualidade de vida da população evitando ou retardando as complicações crônicas mais frequentes.

A implementação do projeto de intervenção propiciou também ter um maior controle e seguimento dos pacientes com hipertensão e diabetes, possibilitou expandir e priorizar os atendimentos para estes pacientes para todos os dias da semana aumentando assim a cobertura de atendimento o que vai favorecer o cadastro dos pacientes de toda área adstrita.

É importante destacar que a implementação da ficha espelho permitiu um melhor controle e monitoramento dos dados dos pacientes e um melhor controle dos registros. Dessa forma, foi alcançada importante melhora na qualidade da atenção à saúde desse grupo de indivíduos, especialmente quanto ao atendimento clínico, estratificação de risco cardiovascular e registros das atividades realizadas.

Para a realização da intervenção, foi necessário que a equipe de saúde da unidade se capacitasse com o intuito de seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e do diabetes. Para a execução das ações se definiu a função de cada membro da equipe, a recepcionista é a primeira pessoa que tem contato com o paciente, aqui começa o acolhimento, na recepção, onde o paciente é identificado em sua condição clinica de saúde (HAS-DM) depois é encaminhado para avaliação

de enfermagem para triagem. A equipe de enfermagem ficou responsável pela captação de usuários hipertensos e diabéticos, triagem, com verificação de pressão arterial, peso e altura, e orientações sobre modificações de estilo de vida. Os médicos realizaram as consultas, com anamnese, exame físico completo, estratificação de risco cardiovascular, detecção de lesões em órgãos-alvo, solicitação de exames complementares, orientações de promoção de saúde e instituição de tratamento medicamentoso e não medicamentoso e por último os agentes comunitários de saúde foram responsáveis pelas visitas domiciliares, a busca ativa de pacientes faltosos a consulta, captação de usuários hipertensos e diabéticos novos, fazer na comunidade orientações de promoção de saúde e sobre modificações de estilo de vida.

Com todas as ações definidas, muitas foram às vantagens para a equipe de trabalho, onde o trabalho desenvolvido propiciou ter uma maior preparação e conhecimento dos protocolos de atendimentos dos pacientes hipertensos e diabéticos, dessa forma, cada profissional já tem domínio do manejo dos pacientes e sabe como deve conduzir o paciente quando chega à unidade.

Como já mencionado, o acolhimento começa na recepção onde o paciente é identificado em sua condição clínica de saúde (HAS-DM) depois é encaminhado para avaliação de enfermagem para triagem, onde o profissional conhece todos os dados que leva a planilha espelho do paciente, depois para avaliação clínica médica e consulta onde se realiza uma avaliação completa dos pacientes que leva exame físico completo, avaliação de necessidade de exames de laboratório, avaliação do tratamento, preenchimento da planilha espelho, da planilha de coletas de dados e aproveitamos o encontro com paciente para dar orientações educativas que tem tanta importância no controle das doenças crônicas. Após a consulta o paciente é encaminhado para registro de cadastro e ou acompanhamento no programa de Hipertensão.

O desenvolvimento da intervenção também propiciou importantes melhorias para o serviço diário na unidade. Antes da intervenção as atividades de atenção ao hipertenso e aos diabéticos eram concentradas na médica e enfermeira do grupo de Hipertensão da unidade. Atualmente, toda a equipe participa de forma harmônica das ações sem atrapalhar o funcionamento da unidade e a atenção às demais ações programáticas. Uma das recepcionistas foi designada para fazer o acolhimento e identificação do paciente e então, encaminhá-lo para sala de triagem. Foi viabilizado

a otimização da agenda para a demanda espontânea deixando 3 fichas em cada turno para pacientes hipertensos e diabéticos a fim de proporcionar assistência à saúde de qualidade a um maior número de pessoas. Além disso, a estratificação de risco cardiovascular dos pacientes cadastrados durante a intervenção nos permitiu ficar atentos àqueles pacientes de maior risco, que necessitam atenção prioritária e busca ativa a fim de captá-los precocemente e evitar progressão da doença.

Muitas ações foram destinadas a comunidade, mesmo assim, ainda é pouco percebido o impacto da intervenção na comunidade. Apesar disto, os pacientes cadastrados durante o período de intervenção mostraram-se muito satisfeitos com as atividades em saúde, atendimentos e acolhimento que receberam. Conseguimos cadastrar um bom número de hipertensos e diabéticos da área, entretanto, ainda há muitos usuários que não estão recebendo atendimento e precisam ser captados.

Nas consultas médicas já é possível perceber o impacto positivo da intervenção nos pacientes cadastrados pelos seus relatos a respeito de tentativas iniciais de mudanças no modo e estilo de vida, pacientes que já estão apresentando um maior controle da dieta, estão procurando fazer exercícios físicos, estão dedicados quanto à higiene bucal. Todos os pacientes que participaram da intervenção chegam, atualmente, as consultas relatando a sua satisfação quanto a prioridade de atendimento na unidade de saúde as ações que foram destinadas a eles. Vamos continuar trabalhando para alcançar 100% dos pacientes.

Existem alguns aspectos que poderiam ter sido realizados de maneira diferente de forma a facilitar a intervenção. Acredito que se tivéssemos programado na unidade as visitas domiciliares para o medico geral, além dos ACS possibilitaria que conhecêssemos mais ainda a população, penso que seria importante incrementar o numero de agentes comunitários o que permitiria abordar toda a comunidade, incorporar na unidade uma equipe de odontologia para viabilizar de forma mais eficiente à necessidade de atendimento odontológica facilitaria também o processo de trabalho em relação a esta ação.

Ainda temos aspectos que precisam ser melhorados e ampliados em relação aos atendimentos para os pacientes com HAS e DM. A intervenção será incorporada a rotina do serviço. A ampliação da qualidade do atendimento destinado a essa população terá continuidade, mas garantindo que não afete as demais ações programáticas, as quais, posteriormente, serão também implementadas na UBS. Continuamos com os exames clínicos de laboratório, a avaliação de necessidade de

atenção odontológica assim como as atividades de promoção e prevenção. Outra estratégia da unidade é tratar com o gestor a necessidade de aumentar o numero de agentes comunitários para melhor acompanhar a área de abrangência assim como definir um horário para que a médica e enfermeira realizem visitas domiciliares a pacientes necessitados.

Quando tivermos mais agentes comunitários disponíveis pretendemos aumentar a cobertura dos hipertensos e diabéticos levando como base a intervenção realizada. Posteriormente, pretendemos expandir a intervenção para a ação programática referente ao Programa de câncer de mama e colo uterino, já que em nossa unidade contamos com um programa de atenção á saúde da mulher.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Secretário da Saúde do município de São Sepé/RS,

Venho por meio deste relatório, trazer ao conhecimento da gestão local de saúde do município de São Sepé/RS os principais resultados obtidos do trabalho de conclusão de curso da Especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD, da Universidade Federal de Pelotas. Realizou-se um projeto de intervenção na Unidade Básica de Saúde (UBS) Ambulatório Clinicas onde o objetivo principal da intervenção foi melhorar a atenção prestada aos pacientes com hipertensão e/ou diabetes com 20 anos ou mais da área de abrangência da unidade, uma vez que uma das principais limitações identificadas em nossa unidade de saúde foi à carência de ações voltadas especificamente para essa população.

Após três meses (Março- Junho) de intervenção tivemos ótimos resultados com o desenvolvimento do nosso projeto de intervenção voltado para hipertensos e/ou diabéticos, resultados estes que mostram claramente a melhoria da qualidade do atendimento aos pacientes da UBS. Nesse contexto, o apoio da gestão local foi extremamente importante para o desenvolvimento desse projeto.

Fizemos capacitação de toda a equipe de profissionais da UBS para a realização das atividades desenvolvidas no âmbito da intervenção conforme os protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde. Implantamos na unidade uma ficha espelho que permite o registro adequado de todos os dados necessários para o acompanhamento e monitoramento da situação de saúde de cada paciente, realizamos exame físico em todos os pacientes, 81,5% do total de usuários hipertensos cadastrados e 83% dos usuários diabéticos cadastrados, garantimos a realização de exames laboratoriais necessários, 80,3% hipertensos e 81,1% diabéticos, reorganizamos a nossa agenda a fim de dar prioridade de atendimento para hipertensos e/ou diabéticos identificados como de risco, desenvolvemos atividades educativas de promoção da saúde ao 100% dos pacientes com a discussão de temas como alimentação saudável, prática de atividade física regular, abandono do tabagismo em encontros com a comunidade, também fizemos busca ativa de pacientes faltosos e visitas domiciliares aos pacientes que não podem se deslocar até a unidade de saúde.

Conseguimos em três meses de intervenção cadastrar e monitorar 178 hipertensos (35,9%) e 53 diabéticos (32,5%) residentes na área de abrangência da UBS Ambulatório Clínica, do município de São Sepé como é possível observar nas figuras 1 e 2.

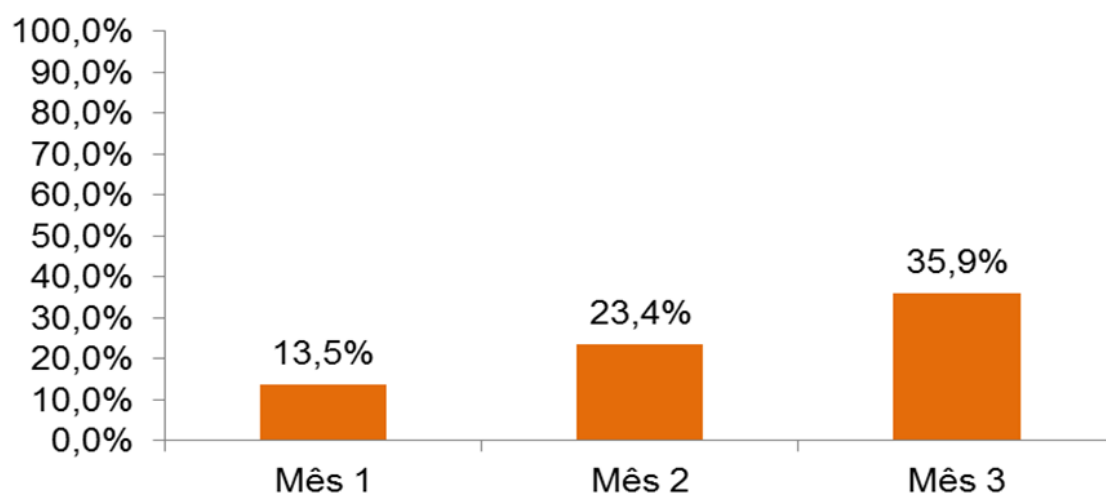


Figura 1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Ambulatório Clínicas, São Sepé, RS.

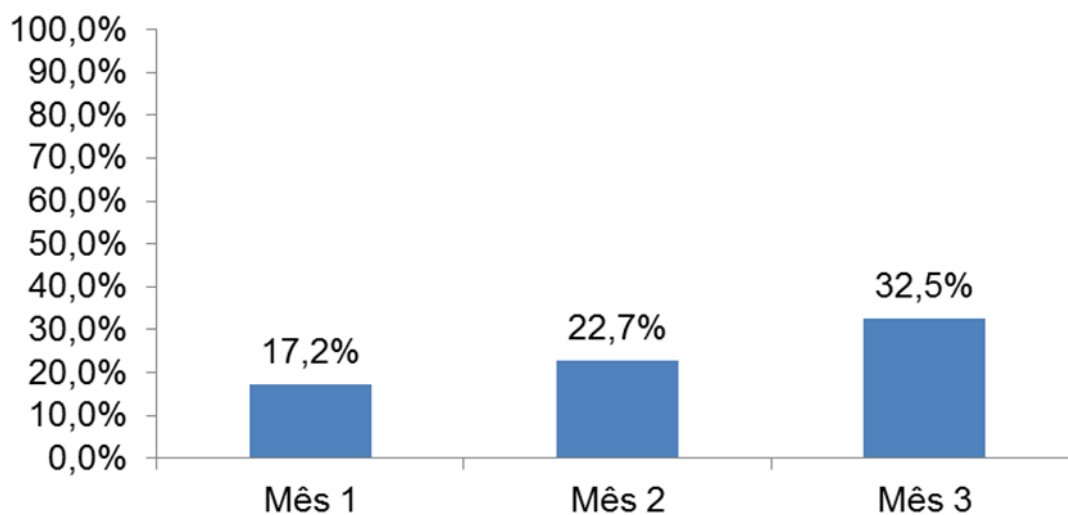


Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Ambulatório Clínicas, São Sepé, RS.

Com as atividades desenvolvidas introduzimos na população alvo a importância da realização de acompanhamento periódico e completo na unidade, mudanças no modo e estilo de vida e trabalhamos para melhorar a qualidade de vida da população evitando ou retardando as complicações crônicas mais frequentes. Atingimos nosso objetivo e conseguimos manter a motivação da equipe e incluir as atividades desenvolvidas na intervenção como rotina de trabalho de nossa UBS.

Cabe destacar que apesar do sucesso das ações de qualificação, muitas pessoas com hipertensão e/ou diabetes ainda estão sem acompanhamento na unidade e precisam ser acompanhadas pela equipe de profissionais da UBS. Por isso, esperamos poder continuar contando com o apoio dos gestores do município para dar continuidade na qualificação da atenção uma vez que o apoio da gestão foi fundamental para o sucesso dos resultados obtidos. Dessa forma, poder continuar contando com a colaboração da gestão nos ajudará a qualificar cada vez mais as ações em saúde de nossos usuários, mas não somente dos nossos usuários hipertensos e/ou diabéticos como também do restante da comunidade que procura nosso serviço.

6 Relatório da intervenção para a comunidade

Querida comunidade,

Durante os meses Março- Junho, eu, médica do Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB), juntamente com a equipe de saúde da UBS Ambulatório Clínicas do município de São Sepé/RS desenvolvemos um projeto de intervenção na unidade de saúde com o intuito de começar a ampliar a qualidade do atendimento oferecido na Unidade Básica de Saúde (UBS) a todos vocês, membros da comunidade. Esse projeto de intervenção foi desenvolvido durante a realização do curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) que eu, médica da unidade venho realizando no último ano.

O objetivo principal e inicial do nosso projeto de intervenção foi promover a melhoria na atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais da UBS Ambulatório Clínicas do município a fim de diminuir as complicações destas doenças crônicas. A escolha de portadores de hipertensão e/ou diabetes para realizar uma intervenção se fez após avaliação realizada na UBS onde foi possível identificar deficiências e limitações de ações voltadas a qualidade da atenção a estas pessoas, mas gostaríamos que vocês soubessem que com o sucesso de nossas atividades pretendemos estender essas melhorias a todos os usuários que procuram e frequentam nosso serviço.

Alguns dos objetivos das atividades realizadas para melhorar o atendimento aos hipertensos e diabéticos eram ampliar a cobertura, melhorar a qualidade da atenção, melhorar a adesão ao programa, aperfeiçoar o registro das informações das pessoas da área de abrangência, mapear os hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promover a saúde dessas pessoas.

Para conseguir que estas ações fossem realizadas com sucesso, organizamos um cronograma de atividades a serem desenvolvidas em 12 semanas e contamos com a ajuda de toda a equipe de saúde da UBS bem como da gestão local do município. Com a união da equipe e gestão local, pudemos organizar a agenda de atendimentos dando prioridade para atendimento às pessoas hipertensas e diabéticas em situação de risco, conseguimos capacitar a equipe para melhorarmos o atendimento a toda a população e principalmente, neste momento, aos pacientes hipertensos e diabéticos.

Em três meses conseguimos cadastrar e acompanhar 178 pessoas com hipertensão (35,9%) e 53 pessoas com diabetes (32,5%) residentes na área de abrangência da UBS Ambulatório Clínicas. Alcançamos os objetivos propostos, realizamos exame físico em todos os pacientes, realizamos exames laboratoriais, garantimos atendimento médico a todos, desenvolvemos atividades educativas sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos e os riscos do tabagismo. Introduzimos na população a importância da realização de acompanhamento periódico e completo na unidade e mudanças no modo e estilo de vida, agora nós temos um maior controle e seguimento dos pacientes com hipertensão e/ou diabetes da nossa área. Expandimos e priorizamos os atendimentos para estes pacientes para todos os dias da semana aumentando assim a cobertura de atendimento o que vai favorecer o cadastro dos pacientes de toda área adstrita. Todas estas ações foram cuidadosamente planejadas a fim de não prejudicar o atendimento de pessoas com outros problemas de saúde, sendo que pretendemos expandir esta intervenção para outros grupos populacionais em breve.

As atividades de melhoria na qualidade do atendimento terão continuidade na UBS. Dessa forma esperamos poder contar com a colaboração de vocês, membros da comunidade, para que possamos continuar melhorando a cada dia mais o atendimento destinado a nossa querida população que busca o atendimento dos profissionais da UBS Ambulatório Clínicas, no município de São Sepé/RS.

7 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

Esta foi a primeira vez que participei de um curso a distancia, por isso foi uma nova experiência para mim. No início do curso as expectativas eram grandes, uma modalidade de ensino nova, uma nova língua, protocolos novos, confesso que achei que não ia dar certo, que eu não iria conseguir. Iniciei o após a data prevista para início então tive que fazer muitas tarefas juntas em uma semana e comecei a ter dúvidas sobre o projeto. A equipe de trabalho de minha unidade de saúde sempre me deu apoio, confiança, me ajudando em todo momento. A enfermeira do grupo de hiperdia me ajudou muito com o manejo dos pacientes na unidade e com o trabalho dos agentes comunitários o trabalho foi sendo viabilizado como o planejado, pouco a pouco.

O curso tem muita importância para minha prática profissional, com a realização das atividades tive que aumentar meus estudos sobre o manejo dos pacientes das diferentes ações programáticas em APS e em especial, os pacientes com hipertensão e diabetes, que foram foco de minha intervenção. Precisei conhecer mais a fundo os protocolos de atendimentos, o controle dos fatores de riscos, as complicações, o tratamento médico, desenvolvi um forte trabalho com a comunidade sobre mudanças no modo e estilo de vida, explicando bem direitinho as atividades de promoção e prevenção. Acho que aqui foi à parte mais difícil, encontrei uma população em sua maioria idosa, com um estilo de vida diferente, com outras crenças, com dietas inadequadas, foi um grande desafio para mim, mas hoje me sinto orgulhosa por tudo o que desenvolvi até hoje, sinto muita gratificação ao olhar para os pacientes que atualmente estão com suas doenças controladas e se esforçando para realizarem mudanças no seu modo e estilo de vida para que tenham hábitos mais saudáveis. Em minha rotina de trabalho continuamos com o seguimento dos pacientes, tratando de abarcar todos aqueles pacientes que ainda não tem seguimento em minha unidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013 a. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

FREITAS, O.C. et al. Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the state of São Paulo, Brazil. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v.77, n.1, p.9-21, 2001.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Revista Brasileira de Hipertensão, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 7-8, jan./mar. 2010.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 3 Ed, Itapevi, São Paulo, 2009.

Apêndices

Apêndice A – Parte da equipe de trabalho



Apêndice B- Apresentação do projeto a equipe de trabalho.



Apêndice C- Discussão do projeto de intervenção na comunidade.



Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Srª Profª Ana Cláudia Gastal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês													
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertensão ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1												
	2												
	3												
	4												
	5												
	6												
	7												
	8												
	9												
	10												
	11												

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês									
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
	7								
	8								
	9								
	10								
	11								

Anexo C - Ficha espelho

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO

Departamento de
Medicina Social



UFPEL

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____ Telefones de contato: _____/_____/_____
 Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não Nome do cuidador: _____
 Problemas de locomoção? () Sim () Não É acamado(a)? () Sim () Não HAS? () Sim () Não DM? () Sim () Não Possui a Caderneta da pessoa idosa? () Sim () Não
 Estatura: _____ cm / Perímetro Braquial: _____ cm Osteoporose? () Sim () Não Depressão? () Sim () Não Demência? () Sim () Não Se sim, qual? _____
 O último tem avaliação de risco para a saúde bucal? () Sim () Não Data da primeira consulta odontológica: ____/____/____

[illegible][illegible]

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO

Departamento de
Medicina Social

UFPEL

[illegible][illegible]

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.
